



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CON (VIVENDO) COM AS VOZES: A CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE
CUIDADO PARA OUVIDORES DE VOZES**

VIRGÍNIA MEDEIROS DE PAULA PESSOA

RA: 21320660

BRASÍLIA
JULHO/2019



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CON (VIVENDO) COM AS VOZES: A CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA
DE CUIDADO PARA OUVIDORES DE VOZES**

VIRGÍNIA MEDEIROS DE PAULA PESSOA

RA: 21320660

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB
como requisito básico para obtenção do
grau de psicóloga.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa
Martins de Resende

BRASÍLIA
JULHO/2019

Folha de Avaliação

Autor: Virgínia Medeiros de Paula Pessoa

Título: Con(vivendo) com as vozes: a convivência como estratégia de cuidado para ouvintes de vozes

Banca Examinadora:

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende
Examinador

Professor Leonardo Mello
Examinador

Professor Henrique Fernandes
Examinador

BRASÍLIA
JULHO/2019

DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado a todos
aqueles que acreditam e lutam
por uma sociedade sem
manicômios.*

AGRADECIMENTOS

Pensando no que escreveria aqui, me dei conta de quanta sorte tenho em poder caminhar com tantas pessoas ao meu lado. A sensação é de que qualquer palavra parece insuficiente para agradecer por tanto amor, cuidado e carinho.

Aos meus pais, Adriana e Vicente, que são os principais responsáveis por eu ter chegado até aqui. Sem o apoio, carinho e orientação de vocês nada disso seria possível. Obrigada por sempre incentivarem e respeitarem meus sonhos e por me fazerem acreditar em mim mesma. Agradeço por sempre proporcionarem o melhor pro meu desenvolvimento acadêmico e pessoal, e por sempre pacientemente escutarem todas as minhas histórias. Certamente todo o amor, carinho e valores que eu aprendi com vocês é refletido no cuidado que ofereço e virei a oferecer como profissional. Mãe, obrigada por ser meu espelho de mulher, mãe, profissional, amiga, filha, e por sempre me mostrar que nós mulheres podemos chegar aonde quisermos. Pai, obrigada pelo apoio, conselhos, carinho e por sempre me mostrar que vale a pena sermos sempre a melhor versão de nós mesmos. Eu amo vocês!

A minha irmã Camila, minha parceira de vida, melhor amiga e maior confidente. Sem ela a vida seria vazia e totalmente sem graça. Obrigada por todo apoio, carinho, amor e conselhos, por sempre acreditar em mim e se interessar pelos meus estudos. Te amo com todo meu coração!

Aos meus amados avôs. Qualquer palavra parece pequena pra agradecer o amor que eu recebi e recebo ao longo da minha vida. Agradeço pela presença fundamental que cada um teve na minha formação como pessoa. Ao meu avô Inhô por sempre me incentivar a ler e por todas as conversas que já tivemos e temos, que torna todos os nossos encontros únicos e especiais. A minha vó Maria, que deu sentido real a palavra saudade e que se faz presente nas melhores lembranças de minha vida. Ao meu avô Bico, que me fez compreender o valor da educação e seu poder transformador, e que me inspira com sua história de vida. E a minha vó Helenice, que sempre cuidou e cuida de mim com todo

amor e carinho que alguém pode oferecer a outra pessoa e que é meu exemplo de como ser uma pessoa melhor no mundo. Eu amo vocês!

Ao meu namorado, Vinícius, pela parceria, amor, carinho e cuidado. E por me permitir ser exatamente aquilo que sou, na minha mais pura essência.

As minhas amigas-irmãs de quase uma vida inteira, Nathalia Brilhante e Maria Eduarda Lóssio, que me incentivam e acreditam em mim, e que sempre se fizeram presente mesmo quando eu não me fiz. Me faltam palavras pra agradecer por todo amor e cuidado. Obrigada por estarem ao meu lado em tantas fases importantes da minha vida! Crescer com vocês é um privilégio! Amo vocês infinitamente! Essa parceria é pra sempre!

A todos os meus colegas de faculdade que contribuíram para minha formação. Em especial, Marina Bentes e Danielle Barbosa, amigas que me levo pra vida! Obrigada por sempre me apoiarem e acreditarem no meu trabalho, por escutarem minhas angústias e sempre ofertarem um colo. Nossa caminhada está apenas começando! Amo vocês!

Ao meu querido amigo Alex, parceiro de estágio, de supervisão, de intervenção, de grupo... de vida! Todas as aventuras que vivemos nesse último semestre estão guardadas no meu coração. Não tenho dúvidas do excelente e competente profissional que você será, independente da área. Só tenho a agradecer por essa amizade/parceria incrível que construímos, sem você não teria sido possível chegar até aqui! Essa amizade sei que é pra vida! Te amo e te admiro!

Ao meu grupinho “Intervisão da praça” que foi mais que essencial nessa reta final. Muito obrigada Luiza, Júlia, Dani e Bruno pelas risadas, ombro amigo e apoio no final de curso e na monografia, vocês estão no meu coração!

A todos os meus professores, que contribuíram para a minha formação. Agradeço especialmente ao professor Leonardo Mello e a professora Morgana Queiróz, que sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial.

Ao projeto PRISME, onde dei meus primeiros passos na saúde mental e que mudou minha forma de ver o mundo.

Ao CAPS, e a todas as pessoas incríveis que eu tive a oportunidade de conhecer pelos serviços que passei. Agradeço aos profissionais pela confiança e apoio, em especial a Jouse. Aos frequentadores, minha gratidão por compartilharem suas histórias de vida e por terem propiciado tantos aprendizados, por me permitirem cuidar e também ser cuidada.

A minha orientadora Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende, por todo carinho, incentivo, paciência e cuidado. Por me fazer acreditar que é possível *fazer junto, estar com e deixar ser*, e que essas são ferramentas de transformação no cuidado em saúde mental. A admiração que tenho por você tanto como profissional e como pessoa não cabem em um parágrafo. Aprender com você foi um privilégio. Obrigada por me fazer acreditar que essa luta vale a pena!

*“Por um mundo onde sejamos
socialmente iguais,
humanamente diferentes e
totalmente livres.” Rosa
Luxemburgo*

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo refletir como a convivência pode ser considerada uma estratégia de cuidado para ouvintes de vozes (o termo ouvintes de vozes nesse presente trabalho se refere a pessoas que ouvem vozes que ninguém mais escuta). Esse estudo tem como premissa relacionar os aspectos que regem a convivência em saúde mental com a noção de despatologização do fenômeno de ouvir vozes. A pesquisa discorre sobre a experiência de um grupo de ouvintes de vozes, dentro de um serviço substitutivo de saúde mental, inspirado nos princípios da Luta Antimanicomial – particularmente na perspectiva de despatologização da Interoice. O texto traz breves contextualizações sobre a perspectiva histórica e cultural do fenômeno de se ouvir vozes e sobre o cenário atual dos modelos de atenção psicossocial vigentes no Brasil, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir de uma análise reflexiva sobre o presente estudo, unindo teoria e vivências - que foram documentadas por meio de diários de campo e duas entrevistas – tornou-se possível evidenciar que a convivência tem caráter terapêutico para ouvintes de vozes, e que impacta na vida do sujeito tanto individualmente como coletivamente. Através dela é possível criar vínculos e dar voz a essas vozes que por muitas vezes foram silenciadas.

Palavras-chave: Ouvintes de Vozes, Convivência, Saúde Mental, CAPS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. DANDO VOZ ÀS VOZES: UMA PERSPETIVA NÃO PATOLOGIZANTE SOBRE AUDIÇÃO DE VOZES	18
1.1 Uma breve contextualização histórica e cultural sobre o fenômeno de ouvir vozes	18
1.2 O despertar do movimento de ouvidores: novas estratégias de cuidado para além da lógica biomédica	21
1.3 Intervice	24
2. CAPS: UMA NOVA FORMA DE CUIDADO	26
2.1 Um breve resgate sobre o nascimento do CAPS e da Luta Antimanicomial	26
2.2 O que é o CAPS? Quais seus objetivos e o que visam?	30
2.3 Desafios do serviço	31
3. A CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO: UM NOVO OLHAR EM SAÚDE MENTAL	36
3.1 Dimensões ética, política e clínica da convivência	36
3.2 <i>Estar com, Fazer junto e Deixar ser</i>	39
3.3 Vozes e convivência	42
4. METODOLOGIA	45
4.1 Entrevista Narrativa	47
4.2 Entrevista Semiestruturada	48
4.3 Diários de Campo	48
4.4 Procedimentos	49
5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS	51
5.1 Contextualização sócio-histórica	51
5.2 Análise Discursiva	53
5.2.1 Grupo “Convivendo com as vozes”	54
5.2.2 (Re)interpretação	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78

INTRODUÇÃO

“É preciso tempo para as pessoas aceitarem que ouvir vozes é algo que pertence a elas.”

(MARIUS ROMME)

Meu interesse pelo fenômeno das vozes iniciou-se a partir da minha experiência como extensionista em saúde mental através do Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB). O PRISME tem como premissa o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar entre professores e alunos dos cursos de graduação em Direito, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Psicologia, permitindo que esses alunos atuem nos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Foi a partir dessa inserção no campo da saúde mental, via PRISME, que tive meu primeiro contato com um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do DF e foi nesse CAPS que tive meu primeiro contato com ouvidores de vozes.

No grupo de convivência, o qual eu participava como extensionista, havia uma frequentadora que escutava muitas vozes e que por diversas vezes sentia muita dificuldade em participar do grupo. Naquela época a única noção que eu tinha sobre o fenômeno da audição de vozes estava estreitamente ligada às aulas de psicopatologia que havia cursado na universidade, ou seja, uma noção ainda muito amarrada à ideia de que vozes são sintomas de *transtornos mentais* como por exemplo a esquizofrenia. Mas apesar do raso conhecimento sobre as vozes, a convivência permitiu com que criássemos um vínculo estreito, de modo que sempre conversamos muito durante o grupo. Vale a pena ressaltar que a mãe dessa frequentadora também frequentava o grupo e acabei me aproximando bastante dela, acredito que essa aproximação reforçou ainda mais o vínculo entre eu e a frequentadora.

Durante vários encontros eu e Maria¹ conversávamos sobre as vozes que ela ouvia, porém sem nenhum tipo de intervenção da minha parte; eu apenas oferecia o espaço para ela falasse livremente. Ela sempre me relatava como era difícil conversar com alguém sobre as coisas que ouvia até mesmo no CAPS, devido aos estigmas que o

¹ Nome fictício.

fenômeno da audição de vozes carrega, e que nossas conversas a ajudavam a tirar um pouco desse “peso”. Foi assim que percebi que esse espaço de fala de certa forma ajudava a diminuir as angústias e permitia com que ela mesma fizesse suas próprias associações em relação às vozes. Me lembro que ao final da extensão Maria me presenteou com uma caixa de empadas que ela mesma fazia e disse “*obrigada por nos ouvir*”, fazendo menção as vozes.

Penso que, naquela época, por acreditar que a experiência de ouvir vozes não passava de *alucinações auditivas* que serviam como sintoma para o diagnóstico de transtornos, não busquei adquirir conhecimentos diferentes – e nem imaginei que existiam outras perspectivas que abordassem o fenômeno - até que me matriculei em uma matéria optativa ofertada ao meu curso de psicologia, pelo UNICEUB, intitulada *Tópicos Especiais em Psicologia e Saúde: Saúde Mental, Cultura e Cuidado* ministrada pela professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende e pelo professor professor Dr. José Bizerril. Nessa matéria, por diversas vezes, o fenômeno das vozes aparecia entrelaçado aos contextos de saúde mental, religião e cultura e foi então que eu percebi que o fenômeno das vozes estava presente em outros diversos espaços: sociais, culturais e históricos. Além dos debates em sala de aula, as literaturas e autores que eram utilizados na matéria me permitiram entrar em contato com a perspectiva de *despatologização das vozes*, e foi a partir disso que me senti instigada a estudar mais sobre as vozes.

A pulsão final para que o fenômeno das vozes virasse o tema da minha monografia, ocorreu enquanto eu ainda cursava a matéria de tópicos especiais e os professores convidaram o psicólogo Henrique Campagnollo Dávila Fernandes, ex-extensionista do PRISME, que na época escrevia sua dissertação de mestrado acerca da sua experiência no cuidado em saúde mental com ouvidores de vozes, para contar um pouco sobre o grupo de ouvidores que facilitava em um CAPS do Distrito Federal. Me lembro de que conforme ele ia falando todas as coisas que eu havia aprendido durante o semestre na matéria iam se encaixando perfeitamente, como se “*tudo fizesse sentido*”. Depois, ao voltar pra casa, me peguei pensando em Maria e como nossos encontros teriam sido muito mais proveitosos e promissores se na época eu tivesse o conhecimento que havia adquirido, e foi então que passei a pensar em fazer uma monografia sobre ouvidores de vozes e propor no meu estágio final algo inspirado no trabalho de Henrique. Portanto o presente trabalho é inspirado por todos esses fatores percorridos acima que

tornaram possível pensar sobre vozes e convivência a partir de perspectivas despatologizantes, dentro de um serviço substitutivo em saúde mental.

Para que se torne mais compreensível a leitura do trabalho é importante ressaltar que serão utilizados alguns termos que se referem ao fenômeno das vozes são eles: audição de vozes, ouvidores de vozes e escutar vozes. O termo ouvidores de vozes faz referência a pessoas que ouvem vozes que ninguém mais escuta, esses termos são utilizados no sentido de não reduzir o fenômeno das vozes a alucinações auditivas que é um jargão utilizado no modelo biomédico.

Posto isso, sabe-se que o fato de que algumas pessoas ouvem vozes não é algo novo. É possível encontrar diferentes relatos em registros históricos nas mais diferentes eras da humanidade, em que ouvir vozes era algo associado à espiritualidade, criatividade e até a filosofia. (Woods, 2013). Com o avanço da medicina e com o surgimento da psiquiatria, o termo “ouvir vozes” passou a ser associado a alucinações auditivas, sendo considerado um dos principais (e piores) sintomas característicos de diferentes transtornos mentais, entre eles o mais clássico, a esquizofrenia. Foi então que o fenômeno das vozes passou a ser considerado sinônimo de doença e loucura (Woods, 2013).

Segundo Fernandes (2017), por muito tempo o saber dominante para explicar as vozes era restrito apenas a psiquiatria, o que acabava por reduzir a sintomas a experiência das vozes. Foram necessárias contribuições de outras áreas como, por exemplo: a leitura psicanalítica sobre as alucinações e a introdução da fenomenologia no campo da psicopatologia (ambas serão discutidas no próximo capítulo), para que se pudesse pensar em outras perspectivas em relação ao fenômeno das vozes.

A noção de despatologização das vozes que inspira este trabalho foi criado por Romme, psiquiatra holandês, que desenvolveu uma nova forma de cuidado para pessoas que ouvem vozes a partir do encontro, e em parceria, com uma de suas pacientes (Romme, Escher, Zagalo-Cardoso, & Cunha-Oliveira, 1997). Ao se dar conta que compartilhar esse tipo de vivência em um coletivo teria algum efeito terapêutico, apostou na capacidade dos grupos de produzirem uma melhor convivência com as vozes, estimulando a troca de experiências e a produção de narrativas pessoais sobre o assunto. Segundo Vasconcelos (2003), sua abordagem vanguardista possibilita considerar as vozes não como um sintoma que faz parte de um processo de adoecimento, mas em um

contexto mais amplo da vida, como uma experiência subjetiva própria à condição humana.

É importante lembrar que ouvir vozes pode ser muito doloroso, desesperador, amedrontador e até mesmo perturbador. Os estudos de despatologização das vozes são muito recentes, portanto são poucos os materiais que falam sobre o fenômeno. Talvez por isso a ideia de erradicação das ainda seja tão difundida por profissionais da saúde, somado ao fato de que o fenômeno ainda é marcado por diversos estigmas sociais em nossa cultura, o que pode estimular o isolamento e tornar a vivência do processo muito solitária. Para Romme (1993) apoiar e acolher essas pessoas em seu sofrimento é um passo importante na construção de modos de cuidado mais humanos. Para Baker (2009) a noção de patologia é rompida a partir do momento em que o tratamento considera como melhor opção *ouvir o que as vozes dizem*, já que a partir disso se torna possível uma melhor compreensão da origem das vozes. E foi assim que surgia a ideia de que seria importante criar espaços em que o ouvidor pudesse compartilhar suas experiências e vivências sem ser julgado, ou estigmatizado.

Inspirado por esses ideais, Romme (1989) ajudou na criação do *HVM – Hearing Voices Movement* (que chamamos de Movimento Internacional de Audição de Vozes). E a partir dos encontros do movimento nasceu a ideia de fundar o grupo conhecido como *Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices)* que traduzido significa Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes. Segundo a Intervoice Brasil (2017), os grupos de ouvidores de vozes partem da consideração de que o problema principal não está no fato de ouvir vozes, mas na dificuldade de estabelecer algum tipo de convivência com elas. A abordagem utilizada pelo grupo é uma alternativa ao saber psiquiátrico, que não se baseia no enfoque psicopatológico tradicional que privilegia o ponto de vista de um observador externo diante do fenômeno, mas que inclui e valoriza as experiências de vida e acompanha seus desdobramentos na relação do sujeito com o mundo (Intervoice, 2017).

Buscando refletir sobre o melhor modo de conviver com as vozes, outra diretriz que se faz presente no trabalho é a da convivência, defendida por Resende (2015) em sua tese de doutorado intitulada *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. A autora compreende a convivência “enquanto um dispositivo de cuidado, em suas inseparáveis e entrelaçadas dimensões ética, política e clínica” (p.

30). Resende (2015) apresenta a ideia de uma *convivência igualitária* que envolve questões importantes como o cuidado sem tutela, a solidariedade e a generosidade. Além disso, a autora afirmou que os profissionais da saúde devem se sensibilizar em relação às diferenças, podendo então superar visões estigmatizantes.

Resende (2015) também apresenta em sua tese as três disponibilidades clínicas da convivência que são: *estar com, fazer junto e deixar ser*. Essas dimensões do cuidar que sustentam a disponibilidade afetiva do cuidador no encontro com o outro. Portanto, a autora acredita que as dimensões do cuidar se baseiam em uma real disponibilidade afetiva que rompe com a ideia de rotulação ou atribuição de significados ao estado mental do outro.

O presente trabalho tem como cenário um serviço substitutivo em saúde mental: o CAPS que faz parte da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar. Os CAPS estão organizados nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPSI. Segundo o Ministério da Saúde (2015), os CAPS I e II “atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes” (p. 18), além de atenderem situações clínicas cujas demandas estejam relacionadas a possibilidade de estabelecimento de laços sociais e à realização de projetos de vida. O CAPS III oferece um serviço de acolhimento integral à pessoas em intenso sofrimento psíquico, com o diferencial de ser um serviço oferecido por 24 horas, “ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno” (p. 18). O CAPS ad se refere à pessoas que “apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida” (p. 19). O CAPS ad III realiza um atendimento para o mesmo público do CAPS ad, que se diferencia por ser um serviço que funciona por 24 horas. O CAPSi, por sua vez, presta atendimento a crianças e adolescentes que “apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes” (p. 21).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2005), os CAPS surgiram na intenção de corresponder às políticas de saúde mental decorrentes da reforma, bem como ao SUS – Sistema Único de Saúde – que se dá pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social.

Buscando entrelaçar as noções de convivência defendida por Resende (2015) e o novo olhar em relação ao fenômeno das vozes apresentado por Romme (1989) e Baker (2009), o presente trabalho apresenta a convivência como estratégia de cuidado para ouvintes de vozes. O presente trabalho discorre sobre a experiência da autora como facilitadora de um grupo de ouvintes de vozes em um CAPS e utiliza como material de análise os diários de campo produzidos a partir das vivências desse grupo, além de realizar duas entrevistas (uma semi-estruturada e uma narrativa, respectivamente) com um psicólogo que já mediu um grupo de ouvintes de vozes tanto em um CAPS como na comunidade e de um ouvinte que participava desse mesmo grupo. Para isso, ele foi dividido em cinco capítulos.

O capítulo 1 é composto por três tópicos e tem como objetivo discorrer sobre as noções despatologizantes sobre a audição de vozes. O primeiro tópico traz um resgate histórico-cultural acerca do fenômeno das vozes e debate um pouco sobre os diversos lugares que as vozes já ocuparam na nossa sociedade. O segundo tópico apresenta a noção de despatologização criada por Romme e defendida por Baker, além de apresentar um pouco como essa ideia surgiu e como se deu a criação do primeiro grupo de ouvintes de vozes. Por fim, o último tópico apresenta a Intervoice, e discorre sobre seus princípios e objetivos, explicando sua função e seus desdobramentos enquanto instituição que oferece suporte aos grupos de ouvintes de vozes espalhados pelo mundo.

O segundo, também composto por três tópicos, se caracteriza pela apresentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e busca compreender como esse serviço funciona, quais seus objetivos e apontar algumas das dificuldades presentes que acabam por limitar suas potencialidades. O capítulo também traz um breve resgate histórico de como chegamos até o modelo substitutivo que temos hoje no Brasil em saúde mental e sobre a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica que tornaram possíveis a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O terceiro capítulo parte das reflexões apresentadas nos dois capítulos anteriores, tendo como objetivo compreender como a convivência pode ser considerada uma estratégia de cuidado para ouvintes de vozes e quais os desdobramentos na vida pessoal e social dessa convivência na vida dos ouvintes. O capítulo apresenta as dimensões éticas, políticas e clínicas do cuidado defendidas por Resende (2015) e representadas pelo

estar com, fazer junto e deixar sem e relaciona as vozes e a convivência a partir de uma perspectiva despatologizante.

O quarto capítulo refere-se à metodologia utilizada no presente trabalho. A pesquisa utiliza a abordagem qualitativa, para que se torne possível o diálogo entre teoria e prática, que promova um processo de reflexão. Esse capítulo também apresenta os materiais de análise que foram utilizados, sendo eles: os diários de campo, a entrevista semiestruturada e a entrevista narrativa. Os diários de campo foram produzidos a partir das experiências e vivências da autora na atividade de convivência e como facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes. As entrevistas foram utilizadas no sentido de enriquecer ainda mais a pesquisa. A entrevista narrativa foi realizada com um frequentador de grupo de ouvidores de vozes que acontece em um Instituto do DF que é organizado por ele. A ideia de utilizar a entrevista narrativa é que ela permite que o entrevistado construa sua própria narrativa acerca da sua história de vida, de crise, do processo de tratamento, o que acaba por ser um processo empoderador que dá voz a esse sujeito. Já a entrevista semiestruturada foi realizada com um psicólogo do DF, que já atuou em um CAPS do DF e que teve a experiência de facilitar um grupo de ouvidores de vozes tanto no CAPS como na comunidade. Nesse caso a entrevista semiestruturada foi aplicada, pois se aproxima bastante de uma conversa, focando em determinados assuntos. Apesar de apresentar questões pré-definidas, o seu roteiro não é engessado, o que permite que as perguntas se adaptem de acordo com os rumos do diálogo entre pesquisador e o entrevistado.

O quinto e último capítulo é composto pela análise das informações qualitativas que foram produzidas pelos diários de campo e entrevistas citados no capítulo anterior. A análise é feita a partir da teoria da hermenêutica de profundidade de Thompson (1995). Essa análise parte do pressuposto da interpretação e reinterpretação, tornando papel do pesquisador reinterpretar aquilo que já está pré-interpretado no mundo simbólico. A análise da hermenêutica da profundidade é composta por três patamares, sendo eles: a análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação, que serão explicitadas neste mesmo capítulo.

CAPÍTULO 1 – DANDO VOZ ÀS VOZES: UMA PERSPECTIVA NÃO PATOLOGIZANTE SOBRE AUDIÇÃO DE VOZES

Esse primeiro capítulo tem como objetivo fazer uma contextualização histórica e cultural sobre a audição de vozes, buscando trazer as diversas perspectivas que permeiam o fenômeno. Além disso, é objetivo do capítulo também discutir novas estratégias de cuidado para ouvintes de vozes que rompam com a lógica biomédica patologizante.

1.1 – Uma breve contextualização histórica e cultural sobre o fenômeno de ouvir vozes.

Segundo Fernandes (2017), a audição de vozes nem sempre foi compreendida como sintoma de transtorno mental. Para o autor, ao longo da história ocidental, o fenômeno de se ouvir vozes recebeu diferentes sentidos de acordo com os períodos e as culturas. Segundo Jaynes (2000), desde 1.300 A.C, antes do desenvolvimento da linguagem escrita, ouvir vozes era comum a todas as pessoas; o que hoje é conhecido por nós como consciência. Segundo a autora, a experiência de audição de vozes era muito comum e servia para orientar as pessoas a tomarem decisões.

De acordo com Smith (2008), na Grécia antiga, por exemplo, ouvir vozes era quesito obrigatório para o funcionamento dos oráculos, que atraía milhares de pessoas que buscavam orientações divinas. Baker (2009) afirma que o fenômeno das vozes também foi registrado por povos da Idade Antiga como os egípcios, romanos e babilônios. Segundo Fernandes (2017), com o passar dos anos se tornou comum que figuras consideradas espirituais ou religiosas realizassem através da audição de vozes mediações de mensagens divinas, o que se perpetua até os dias atuais, já que em diversos contextos religiosos, a ideia das vozes pode ser entendida como mensagens de guias espirituais.

Para Fernandes (2017), durante a Idade Média, o fenômeno das vozes se perpetuou por diversos povos e culturas. O autor trouxe como exemplo a doutrina cristã, que teve líderes como Martinho Lutero, Teresa de Ávila, Francisco de Assis, Joana d'Arc, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, e que relataram experiências auditivas em suas obras.

Fernandes (2017) apresenta outro fato marcante na história que se relaciona com o fenômeno de se ouvir vozes: a Inquisição. O autor citou Castro (1889), que conta sobre Artois (cidade que fazia parte de uma província francesa) onde mais de 90 mulheres foram condenadas e queimadas por conta da audição de vozes. Naquela época, o tribunal da Inquisição julgava pessoas que confessavam crimes que não haviam cometido (influenciadas pelas vozes e visões), o que acabou por contribuir para produzir mais alucinações (Fernandes, 2017).

Para Fernandes (2017) foi a obra de Teresa de Ávila, “O Castelo Interior” (1577/1921), que mudou a forma de compreensão “ela contribuiu para retirar o protagonismo da Inquisição nos julgamentos, juntamente com outras autoridades religiosas e leigas que reivindicavam o desmantelamento do tribunal” (p. 24). Para o autor foi a partir daí que outra figura se tornou responsável por responder por esse fenômeno: o médico. De acordo com Fernandes (2017, p.24), “Teresa contribuiu para trazer a ciência para o centro das explicações sobre as experiências sobrenaturais e deixar a Igreja em um segundo plano”.

Fernandes (2017) relata que durante os séculos XVI e XVII foram construídas várias teorizações que buscavam explicar o fenômeno de ouvir vozes, o que tornou possível que o mesmo fosse pensado através de diversas óticas. O autor afirma que um marco importante aconteceu no século XVIII, quando surge um novo tratamento para os considerados “doentes” que na época levava o nome de internação asilar. Segundo Foucault (1991), foi nesse momento em que as práticas manicomiais ganharam força e reconhecimento e que a psiquiatria se consolidou como especialidade. Nesse momento a psiquiatra se tornou responsável pelos “doentes mentais” e seu tratamento.

Segundo Fernandes (2017), durante muitos séculos a medicina e os psiquiatras eram considerados os especialistas quando se tratava de ouvir vozes. O autor afirma que só em 1900, com a obra de Freud (1990/2010) “*A interpretação dos sonhos*”, demarcou-se uma virada na forma de compreensão sobre as alucinações. É nesta obra que se tem o primeiro registro da compreensão psicanalítica das alucinações, e que para Freud era necessário interpretar as alucinações considerando as especificidades da vida dos pacientes. Em sua obra o autor considera que as alucinações são vias de realização do desejo, exatamente como nos sonhos e que esse desejo se manifestava no inconsciente e através de traços mnêmicos.

Para Calligares (2013), a alucinação auditiva tem um papel muito diferente dos outros tipos de alucinações: é uma volta no Real da função paterna, já que “em cada crise a função paterna volta no Real” (p.51). Além disso, para o autor o delírio vai se logrando, podem-se produzir alucinações auditivas, porém não se produzem alucinações visuais.

Uma das diversas iniciativas de compreensão do fenômeno de audição de vozes se deu através da introdução da fenomenologia no campo da psicopatologia, movimento iniciado por Karl Jaspers (1913/1973). O psiquiatra alemão acreditava que as narrativas de seus pacientes eram importantes para compreender o que eles estavam vivenciando e considerou “as alucinações como percepções do corpo que não tinham origem em percepções reais (seriam falsas percepções), mas que surgiam juntamente e paralelas às reais, por possuírem consistência sensorial e se apresentarem no espaço objetivo externo” (p.31). Para Jaspers (1913/1973) as alucinações auditivas apresentavam-se nas psicoses agudas e elas “poderiam falar frases, sugerir, xingar, terroger, repetir pensamentos, ordenar e assumir qualidades não humanas, entre outros sintomas” (p.32).

Outro marco importante que influenciou o consenso que se tem acerca do fenômeno das vozes se deu em 1948, quando Kurt Schneider (aluno de Jaspers), publicou a obra “Psicopatologia clínica”, que trazia um novo conceito: “sintomas esquizofrênicos de primeira ordem” (Fernandes, 2017, p.32). A obra apresentava contornos específicos para a esquizofrenia que foram considerados essenciais para o diagnóstico que temos atualmente. Fernandes (2017) aponta também que essa obra influenciou os manuais diagnósticos como o CID-10 e o DSM-3, e que, a partir da publicação de Schneider, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a esquizofrenia como um transtorno psiquiátrico universal e que esse fato “fundou toda uma tradição médica e cultural que associa as alucinações auditivas à esquizofrenia – questão que reforçou, sobretudo, o estigma da loucura.” (p. 32).

Por fim, Fernandes (2017) afirma que várias áreas do conhecimento em suas respectivas abordagens se dedicaram na busca pela compreensão sobre o fenômeno de ouvir vozes. Para o autor, a lógica biomédica é apenas uma forma de compreensão desse fenômeno e se mostra insuficiente (ponto que será abordado no próximo tópico) em relação ao cuidado que é oferecido para ouvintes de vozes, o que torna necessária a discussão sobre outras possibilidades que ampliem o conhecimento e as formas de cuidado acerca do fenômeno das vozes. Para Fernandes (2017) a metodologia

desenvolvida pelo Movimento de Audições de Vozes – em inglês *Hearing Voices Movement* (HVM), que teve origem na Holanda, é atualmente a metodologia que vem desafiando a lógica que tende a caracterizar as alucinações como algo da ordem do patológico, e que é a metodologia que guia e inspira o presente trabalho.

1.2 - O despertar do movimento de ouvidores: novas estratégias de cuidado para além da lógica biomédica.

Baker (2009) afirma que, para a psiquiatria, escutar vozes é algo considerado como uma alucinação auditiva e sintoma de distúrbios como esquizofrenia, transtorno bipolar e psicose, e que, durante anos, pensou-se que o tratamento mais adequado seria o acompanhamento psiquiátrico e principalmente a utilização de psicotrópicos e neurolépticos. Contudo, o efeito colateral dessas medicações acarretaram em danos a longo prazo e nem sempre todos os pacientes respondem de forma eficaz ao tratamento tradicional. Com isso, foi tornando-se necessário buscar novas formas de lidar e compreender o fenômeno.

O psiquiatra holandês Marius Romme dedicou anos de sua carreira estudando os ouvidores de vozes. De acordo com Romme (1989), foi durante um encontro com uma de suas pacientes, Patsy Hage (que já havia sido internada diversas vezes, e não havia tido nenhuma melhora em relação às alucinações auditivas) que ela o questionou: *“você acredita em Deus e nunca viu ou ouviu, então por que você não acredita nas vozes que eu realmente ouço?”*. Patsy paciente provocou-lhe uma reflexão acerca da maneira de se compreender e tratar o fenômeno das vozes: foi através dessa indagação que ele começou a questionar a abordagem psiquiátrica, que tinha como entendimento que a experiência de audição de vozes era um sintoma de um transtorno mental e deveria ser focada apenas nas características psicopatológicas, visando a construção de um diagnóstico.

Com isso, eles decidiram então ir a um programa de televisão e lá convidaram pessoas que escutavam vozes para contactá-los e contarem sobre suas experiências. Das 700 pessoas que ligaram, 300 achavam que podiam lidar com elas e 150 utilizavam estratégias de enfrentamento (Romme & Escher, 1989). Romme (1993) afirma que a partir disso passou a compreender de uma forma menos patológica o fenômeno de se ouvir vozes.

Segundo Romme (1997), o primeiro passo para um tratamento eficaz é não negar a existência das vozes e sim aceitar que elas existem, e então aprender a lidar com elas. Para o autor, ignorar as experiências e conteúdo dessas vozes não ajudava no tratamento e somadas a medicação muitas vezes acabava por piorar o quadro dos pacientes, portanto não era mais sustentável pensar em vozes apenas como parte de uma doença. Ele passou, então, a considerar a audição de vozes como um verdadeiro evento significativo (embora, por vezes, doloroso, terrível e avassalador).

Baker (2009) relata que existem diferentes maneiras de se ouvir vozes, como por exemplo: vozes que vem de dentro da cabeça, fora da cabeça ou vozes que falam do sujeito ou com o sujeito. Portanto, são necessárias distintas estratégias para lidar com os diversos tipos de vozes. Uma das estratégias que Baker (2009) apresenta é a de escutar o que essas vozes dizem. Segundo o autor, nem sempre elas têm o efeito de punir ou colocar em risco a vida do sujeito que as ouve, e até em alguns casos elas têm o efeito de prevenir ou auxiliar o sujeito. Portanto, escutar o conteúdo dessas vozes é algo relevante no processo de tratamento, já que na maioria das vezes esses pacientes não têm essas vozes legitimadas, e acabam estigmatizados como loucos, o que gera mais sofrimento e piora o quadro clínico do ouvitor.

Baker (2009) levanta também outro aspecto que passou a ser considerado importante dentro dessa perspectiva: considerar o histórico de vida do sujeito. Segundo Romme e Escher (1997) eventos como traumas de infância, sensações de injustiça ou impotência, insegurança, medo e desejos sexuais, deveriam passar a ser considerados relevantes para que fosse possível explorar a relação entre a audição de vozes e a história de vida do ouvinte. Para Romme e Escher (1997), essa nova perspectiva enfatiza a importância de compreender o que as vozes relatam ao ouvinte e centrar a sua atenção nas vozes, como forma de encontrar uma solução para as demandas que elas produzem.

Porém, a forma de interpretar as alucinações – isto é, considerando as especificidades da vida dos pacientes – teve a influência de Freud (1900/2010). Nasio (1997) afirma que a partir das novas interpretações apresentadas pela psicanálise desencadeou-se uma transformação em relação a tudo que já havia sido pensado acerca das alucinações. Para o autor uma das mais importantes considerações apresentadas por Freud (1900/2010) foi a centralização do sujeito em relação ao fenômeno, pois trazer o sujeito para o centro da discussão, contrariava a noção empírica de que o foco deveria

ser o objeto. Nasio (1997) afirma que o sujeito em discussão não é aquele que alucina e sim “o desejo, o *eu* e um afeto muito particular, o sentimento de certeza.” (p.31)

Além desse viés psicológico/clínico e médico, as estratégias de cuidado para ouvintes de vozes também podem partir de uma perspectiva cultural e religiosa como foi citado, no primeiro tópico desse capítulo. Segundo Jackson e Fulford (2003), fenômenos psicóticos (como a lógica biomédica entende serem as alucinações) poderiam acontecer também no contexto de experiências espirituais. Para os autores, a distinção entre experiências espirituais e psicopatologia se refere apenas de acordo com o contexto que aqueles fenômenos psicóticos estão inseridos nos valores e crenças do sujeito. De acordo com Jackson e Fulford (2003), é possível dentro do viés psicológico fazer uma distinção entre os tipos de vozes, sendo elas de caráter positivo ou negativo. Jackson e Fulford (2003) corroboram com a ideia de Romme, de que as experiências não devem ser negadas e que é um grande erro apenas trata-las com medicações neuropáticas.

Um caso relevante que é apontado no texto “Experiência espiritual e psicopatologia” de Jackson e Fulford (2003), é o de Sara, que teve sua primeira experiência psicológica espiritual aos 43 anos, aonde afirmava ouvir a voz de Deus se comunicando com ela. Sara acreditava que havia sido escolhida, por meio da intervenção de Deus e que havia adquirido capacidades paranormais. Segundo Jackson e Fulford (2003), Sara interpretou as experiências como um chamado divino, e em um momento de conflito intenso buscou ajuda com seu ministro da igreja. O ministro por sua vez legitimou as experiências de Sara, acreditando no que ela contava e encorajando-a a escutar essa voz e seguir as intervenções de Deus que eram passadas através dela. Com isso Sara conseguiu continuar seguindo sua vida de maneira saudável e ainda contava com o reconhecimento da comunidade religiosa, ou seja, para Sara essas experiências tiveram um caráter positivo.

Portanto, Jackson e Fulford (2003) apontam que o contexto religioso e a cultura estão diretamente ligados às formas de enfrentamento dessas vozes. Além disso, olhar para essas experiências é necessário compreender que o modelo tradicional médico não consegue explicar todos os fenômenos ligados à saúde mental e que é necessário considerar as estruturas de valores e crenças de cada sujeito.

1.3 – Intervoice

Romme (1989), afirma que foi a partir das experiências com Patsy que lhe ocorreu a ideia de que ela compartilhasse suas vivências com outros pacientes, e assim buscou tecer uma rede de apoio que auxiliasse os ouvidores a lidar com as vozes, a compartilharem e a reconhecerem suas experiências. De acordo com Romme e Escher (1989), o primeiro congresso de ouvidores de vozes foi realizado em 1987, onde várias questões relativas ao fenômeno foram discutidas. Foi nesse congresso que elencaram-se três fases que explicam o processo de lidar com as vozes: a surpreendente, que pode ser compreendida com uma experiência assustadora, com a voz vindo subitamente; a fase de organização, que é um processo de comunicação e seleção das vozes; e a de estabilização, em que a pessoa consegue adquirir uma vida estável mesmo convivendo com as manifestações.

Para Romme (1989), a partir do congresso foi possível a criação do primeiro grupo de ouvidores de vozes, que surgiu na Holanda e que deu origem às redes de audição de vozes (em inglês Hearing Voices Network – HVN), as quais se espalharam pela Inglaterra, e vieram a formar o Movimento Internacional de Audição de Vozes (em inglês Hearing Voices Movement – HVM) (Escher e Romme, 2011). A partir de 1997, esse movimento passou a ser considerado pela Intervoice - The International Network for Training, Education and Research – (em português, Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes).

De acordo com a Intervoice Brasil (2017), se caracteriza por ser uma instituição sem fins lucrativos, que tem como objetivo apoiar os grupos de ouvidores de vozes, e conectar as pessoas para que possam compartilhar ideias, distribuir informações e incentivar pesquisa. Os grupos de ouvidores de vozes incluem valores que se baseiam no respeito, empatia e compreensão do significado pessoal que as vozes têm, além de possibilitar a construção de uma rede de apoio onde os ouvidores tem suas experiências legitimadas, valorizadas e compreendidas. Além disso, “os grupos são simplesmente pessoas com experiências compartilhadas se unindo para apoiar um ao outro”. (Intervoice Brasil, 2017, p.8)

A Intervoice Brasil (2017) reconhece a importância de que os grupos sejam centrados nos usuários para que eles mesmos se tornem facilitadores dos processos grupais, promovendo autonomia, partindo do princípio que cada membro tem um papel

importante a desempenhar. Além disso a instituição acredita que mantendo os valores básicos, é possível que os grupos aconteçam em diferentes espaços e contextos gerando uma variedade de grupos, como em prisões, centros de saúde mental, escolas e outros lugares.

A Intervice Brasil (2017) inspirada pela noção de despatologização de Romme (1989) acredita que é necessário escutar o conteúdo das vozes. Segundo a instituição a estratégia é compreendida por eles através da expressão “*não mate o mensageiro*”. Já que todas vozes tem um mensagem, que ela pode estar relacionada a algum problema ou trauma que ocorreu na vida daquele ouvitor, e que ouvir essa mensagem diz muito sobre o problema (Intervice Brasil, 2017).

Por fim, a Intervice Brasil (2017) desenvolveu diversas estratégias que servem de apoio para seus frequentadores, que não são só os encontros em grupo. Existem plataformas digitais e um site que auxiliam no compartilhamento de informações e ajuda na conexão entre eles. Além disso, ela realiza a tradução de textos sobre o tema para o português, envia materiais de aprimoramento para os grupos, ajuda na divulgação das atividades e mantém contato mensal com os facilitadores dos grupos.

CAPÍTULO 2 – CAPS: UMA NOVA FORMA DE CUIDADO

“(C)uidado (A)berto (P)ara o (S)ocial”

(AUTOR DESCONHECIDO)

O segundo capítulo tem como objetivo trazer um breve resgate sobre como chegamos até o modelo da atenção psicossocial que temos hoje no Brasil em saúde mental e sobre a luta antimanicomial. Além disso é objetivo do capítulo também apresentar o principal serviço substitutivo em saúde mental fruto da reforma psiquiátrica no Brasil – o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), buscando compreender como esse serviço funciona, quais seus objetivos e apontar algumas das dificuldades presentes que acabam por limitar suas potencialidades. Compreender o funcionamento, as potencialidades e a história do serviço é importante, já que o cenário social do presente trabalho se deu em um CAPS do Distrito Federal.

2.1 – Um breve resgate sobre o nascimento do CAPS e da Luta Antimanicomial

Após a 2ª Guerra Mundial, surgiram na Europa e Estados Unidos movimentos contrários à então tradicional forma de tratamento da loucura, que defendiam perspectivas humanistas sobre a saúde mental (Goulart, 2017). A emergência dessa reforma no Brasil iniciou-se no final da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Segundo Birman e Costa (2002), começaram a surgir tentativas de humanização dentro dos hospitais que proporcionaram uma democratização, pela qual as práticas de maus tratos se tornaram inaceitáveis pela sociedade, e os direitos humanos passaram a ser prioridade.

A partir da década de 1970 deu-se início ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujo objetivo foi a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental (Brasil, 2005). De acordo com Lobosque (2001), como proposta para uma nova forma de tratamento, procurou-se construir um modelo que substituísse os hospitais psiquiátricos evitasse reproduzir o mesmo sistema de tratamento que antecedeu a reforma. Ainda de acordo com a autora, a experiência anterior a este processo era marcada pela limitação da cidadania, na qual a instituição era considerada o local de socialização para os loucos e pressupunha que o seu lugar era na instituição e não na sociedade. A arquitetura médico-hospitalar confinava o paciente ao leito e limitava sua circulação e a

assimilação do tratamento pelo paradigma médico-biológico que era predominante nos hospitais da época.

Segundo Amarante (1996), a desinstitucionalização teve influência de três momentos históricos nos processos reformistas ocorridos no mundo ocidental: o primeiro sofreu forte influência norte-americana, fundamentado na psiquiatria preventiva e comunitária e teve como resultado um processo de desospitalização, ou seja, a retirada das pessoas com transtornos mentais de serviços fechados. Outro momento histórico relevante foi o desdobramento de processos desospitalizadores, que resultaram em desassistência, quer dizer, a saída do Estado do processo de proteção social às pessoas com transtorno mental, que refletiu no seu abandono, “seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (Amarante, 1996, p. 21).

Por fim, a terceira vertente tem como base a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental. Segundo Amarante (1996), essa última vertente sofreu forte influência da reforma psiquiátrica italiana de Franco Basaglia, e se caracteriza pela presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, e pela reconstrução da complexidade do viver com o transtorno mental no sentido de reinventar a vida e produzir saúde.

O trabalho de desinstitucionalização e reinserção do sujeito na cultura, foco da política nacional brasileira, não inclui somente o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas tem como principal premissa a modificação das relações de poder promotoras de violência e institucionalização. Dessa forma, tem-se como estratégia terapêutica a modificação dessas formas de relações na comunidade através da criação de redes de apoio e serviços substitutivos correspondentes ao modelo de atenção psicossocial, em que os processos de saúde-doença são vistos em sua complexidade, e que busca uma corresponsabilidade social no processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento intenso (Tenório, 2001; Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

Segundo Amarante (2013, p. 63):

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

No entanto, apesar dessas mudanças, o novo serviço não assegura necessariamente a superação dos atos excludentes, pois a cultura manicomial ainda não foi abandonada devido ao preconceito e à desinformação que acompanham as experiências relacionadas à saúde mental (Alverga & Dimenstein, 2006).

Segundo Delgado (2011), o campo da saúde mental já vinha elaborando políticas públicas desde os anos 80, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica. Em 1987 aconteceram alguns marcos importantes para a luta antimanicomial. O primeiro foi durante o II Congresso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde foi adotado o lema *“Por uma sociedade sem manicômios”*. No mesmo ano, foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo.

De acordo com o Delgado (2011), em 1988 ocorreu o primeiro fechamento de um hospital psiquiátrico, com o auxílio do governo municipal, conhecido como a “Experiência de Santos”. A partir dessa mudança do cenário institucional, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional que abarcasse essa nova concepção de saúde mental pública, levando em consideração os direitos humanos, a liberdade e novos métodos de tratamento.

Para Kinoshita (2009), a “experiência de Santos” foi considerada mola propulsora para as transformações do modelo tradicional manicomial, pois foi a primeira vez que o poder público municipal assumiu a direção administrativa de uma instituição privada, se responsabilizando pela saúde de sua população e tendo como fundamento o direito dos indivíduos internados. Para o autor, essa intervenção sofreu forte influência da redemocratização pós-ditadura, já que o clima era de enfrentamento das forças conservadoras. “Poderes e direitos, liberdade e opressão, sonhos e esperanças conjugavam as ações dos atores e a reforma das instituições estava em voga” (Kinoshita, 2009, p.2).

Kinoshita (2009), destacou, ainda, que a partir da intervenção foram pensadas novas estratégias de cuidado que não as manicomiais para a atenção em saúde mental. Foi assim que surgiu o primeiro NAPS, em 1989, que tinha por objetivo atender todos os pacientes e familiares de uma região. Conforme esses pacientes e familiares eram encaminhados aos NAPS, as enfermarias iam sendo desativadas: “a idéia era destruir o hospício, desmontando a necessidade da sua existência” (2009, p. 7). Mais do que novas configurações de cuidado os NAPS, se constituíram como ponto de apoio para a sociedade oferecendo dignidade e liberdade para seus pacientes. (Kinoshita, 2009).

Em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Apesar do projeto ter sido apresentado em 1989, só em 2001 instituiu-se a **lei 10.216**, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e o fechamento progressivo dos manicômios no país. Com isso os CAPS, que já existiam desde a década de 80, ganharam ainda mais força no sentido de serem referência para o tratamento em saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) outro marco importante para a política em Saúde Mental foi a instauração da RAPS, que se deu através da portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Os serviços de saúde mental já existiam e a lei 10.126 já havia sido aprovada, porém percebeu-se a necessidade de criar uma Rede de Atenção Psicossocial que buscasse articular diferentes serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. A RAPS pode ser compreendida como pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo usuários de álcool e outras drogas, que busca consolidar um modelo de atenção aberto, de base comunitária, que garanta a livre circulação dessas pessoas pela comunidade e pela cidade. (Brasil, 2013). A rede é composta por serviços variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), lembrando que a rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

2.2 – O que é o CAPS? Quais os objetivos e o que visam?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atenção e cuidado à saúde mental que compõem a RAPS. Se caracterizam por serem serviços de saúde, de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe uma multiprofissional que atua interdisciplinarmente e realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011) e são serviços substitutivos ao modelo asilar manicomial. O CAPS atua nos territórios, que são pensados não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (Brasil, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade.

Ao longo dos anos, os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (Brasil, 2005).

Os CAPS tem como objetivo a inclusão social, desinstitucionalização e a construção de novos projetos de vida, priorizando um atendimento psicossocial baseado em uma nova filosofia que busca preservar os direitos humanos dos frequentadores, além da emancipação do sujeito e o resgate de sua autonomia (Brasil, 2005). Além disso, segundo Lobosque (2001), o CAPS promove a criação de espaços de convivência que gerem atividades que façam sentido para o sujeito.

De acordo com o Manual de Saúde Mental, o objetivo do CAPS, segundo o SUS (Brasil, 2004, p.13) é:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Compreende-se também que o CAPS é um espaço de referência temporário. Lobosque (2003) comenta que mesmo sendo um espaço transitório, o serviço sempre estará à disposição do sujeito, caso tenha a necessidade de retornar. O serviço deve contar com atividades que promovam novos sentidos e significados na vida do sujeito, com a busca da produção de autonomia, do resgate da cidadania, do empoderamento, dos projetos de vida e de novas formas de interação com os grupos. (Brasil, 2004).

Como já mencionado anteriormente, o CAPS tem como uma de suas ferramentas a formação de uma equipe multiprofissional atuante atualmente composta por: médico psiquiatra, enfermeiro com especialização em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, e profissional de educação física (Brasil, 2004). Lancetti (2008) apresenta os benefícios do trabalho em equipe, com a possibilidade do sujeito em sofrimento psíquico se relacionar com cada profissional de uma forma diferente, o que faz com que a subjetividade apareça de diversas maneiras, proporcionando um cuidado integrado por parte da equipe.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) no que se refere ao cuidado, o CAPS utiliza como ferramenta o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que busca envolver em sua construção a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, no intuito de garantir permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. As práticas dos CAPS devem ser realizadas em um ambiente de “portas abertas”, de forma acolhedora e inserido nos territórios das cidades e dos bairros. O PTS, portanto, “acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.” (Brasil, 2011, p.4).

2.3 – Desafios do serviço

Os serviços de atenção psicossocial surgiram como uma alternativa para a substituição dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de deslocar os cuidados do hospital para o território, movimento esse que culminou em um processo denominado desinstitucionalização (Brasil, 2011).

Porém Goulart (2017) afirma que tal processo não vem ocorrendo conforme o que foi pensado, por contribuir de fato com a instauração de uma nova lógica manicomial no

serviço, a qual ele chamou de “nova institucionalização”. Isso ocorre devido à dependência que os frequentadores desenvolvem pelo serviço, pois ainda é possível encontrar uma visão *patologizante* na nova configuração, que se refere à noção de doença mental apenas como um fenômeno tratável pela medicina, vista como algo objetivo. Portanto, para Goulart (2017) isto acaba por dificultar processos de inserção produtiva na vida social e a participação ativa nos próprios processos.

Ainda nessa linha de pensamento, é possível afirmar que a nova institucionalização nasce dentro dos processos de desinstitucionalização. Segundo Goulart (2017), além da lógica manicomial vigente no contexto institucional, ainda há grande influência do modelo científico, que afirmou que os transtornos estão associados a uma alteração biológica indefinida que impede que o indivíduo faça algo a respeito e aceite esta imposição da sua diferença em relação ao que é normal. Por estarem nessa posição de passividade, os sujeitos possuem uma relação por vezes cronificada e vitalícia com as instituições.

Merhy (2004) também discute sobre as dificuldades e impasses que os serviços têm enfrentado. Para o autor, é necessário que exista um posicionamento crítico e autocrítico para que o CAPS consiga cumprir seus objetivos e “ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas, é eliminar a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental” (p.4). É necessário que essa reflexão não parta do campo da negação e sim do campo da cooperação, para que se possa gerar uma autoanálise que permita a resignificação das práticas que visam produzir novos sentidos e a inclusão social. Merhy (2004) propõe ainda “entrar nesta aposta de modo crítico, solidário, experimental, impedindo que os inimigos sejam os que façam o nosso questionamento. Façamo-lo entre nós, ampliando, desta forma, nossa capacidade de inventar muitas maneiras de ser antimanicomial” (p.6).

Outro ponto importante destacado pelo autor é a questão do cuidado com o cuidador, aqui mais especificamente voltado para a equipe do CAPS. O cotidiano da equipe é marcado por intensas demandas de cuidado, grande quantitativo de usuários e estados de crise, e que todos esses fatos acabam gerando diversos impactos sobre a equipe. Além disso, muitas vezes os servidores acreditam que “o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e inter setorial, para além da

clínica, é suficientemente inclusiva, que com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido e nem excluído” (Merhy, 2004, p.8). Esses fatores acabam gerando sofrimento e adoecimento para o trabalhador, já que a todo momento eles experimentam “sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho” (Merhy, 2004, p.9).

Merhy (2004), destaca que são essas polaridades que acabam por colocar o CAPS no “olho do furacão”, sendo necessário repensar e problematizar sobre como estamos fazendo e como devemos fazer saúde mental antimanicomial.

Por fim, atualmente a política nacional de saúde mental vem enfrentando um enorme retrocesso em termos de atenção psicossocial. O atual governo lançou uma nova nota técnica Nº 11/2019, que foi divulgada via portaria do Ministério da Saúde em fevereiro deste ano e que segundo Brasil (2019) foi baseada em portarias e resoluções que já haviam sido publicadas entre 2017 e 2018 (Brasil, 2019). A nova Política de Saúde Mental não considera mais os serviços como sendo substitutos e torna desnecessário o fechamento de unidades de qualquer natureza, ou seja os CAPS não irão mais substituir os hospitais psiquiátricos que ainda permanecem em atividade, mas os dois modelos de atendimento deverão coexistir. Além disso a nova nota prevê a inclusão dos manicômios e das comunidades terapêuticas como serviços de atenção constitutivos da RAPS (Brasil, 2019).

Além da nota técnica foi apresentada uma nova resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modifica as atuais diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, e altera a forma de tratamento e reinserção social com dependentes químicos. De acordo com a nova Política Nacional sobre Drogas, o tratamento que deve ser oferecido tem como premissa a abstinência e não mais a redução de danos, o que gera impacto direto nos CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), dentre outros.

De acordo com Brasil (2019), a RAPS passa a ser composta por:

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades;
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);

- Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil);
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral;
- Hospital Psiquiátrico;
- Hospital-Dia;
- Atenção Básica;
- Urgência e Emergência;
- Comunidades Terapêuticas;
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Além de retrógrada, a nova nota técnica é inconstitucional, pois fere a Lei 10.126 - *Lei da Reforma Psiquiátrica* - proposta por Paulo Delgado, e que prevê a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e o fechamento progressivo dos manicômios no país. Em relação ao (re)financiamento dos manicômios e das comunidades terapêuticas percebe-se a inserção da saúde mental em uma lógica mercadológica. Segundo Guimarães (2019) “no Brasil de Bolsonaro, as políticas públicas e decretos de governo tem o objetivo de elevar à última potência o sofrimento humano – e então transformá-lo em commodity” (s/p).

Para Amarante (2019) a nova nota técnica significa um enorme retrocesso na política de saúde mental construída ao longo de quarenta anos no Brasil. Para Amarante (2019), a nota se relaciona com o atual momento político vivido no país “que contradiz toda a construção da política pública no Brasil, como O SUS, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica”², políticas essas que foram construídas juntamente com a sociedade. Amarante (2019) acredita que o atual governo busca resgatar uma política centralizada e hierárquica, que não tem interesse em construir novas práticas com a sociedade.

Outro ponto levantado pelo autor é que para uma nota ser considerada técnica ela deve ter fundamentação em evidências científicas; porém, as evidências apresentadas na nota fundamentam os interesses de certo grupo político, e as que não interessam não são

² Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=kZFZGZ01r5k> > Acesso em: Março de 2019

mencionadas. Ou seja, o termo “nota técnica” só serve para mascarar os interesses políticos e ideológicos desse determinado grupo (Amarante, 2019).

Um exemplo claro desse interesse político dado pelo autor é o retorno dos hospitais psiquiátricos. Para ele, é clara a ideia de que os hospitais psiquiátricos são instituições falidas, que sempre foram palco de violência e mortes, já que diversos estudos e autores publicaram cientificamente sobre isso: “as pessoas continuam morrendo, de 2, 3 anos pra cá, no Rio de Janeiro, morreram pessoas em hospícios privados... e isso já quase não tem visibilidade, imagine os hospitais pobres, com pessoas pobres, sem visibilidade social”. Foi esse tipo de cenário que embasou a necessidade de um serviço substitutivo como o CAPS e a criação de uma rede de atenção como a RAPS. Portanto, para Amarante (2019), o retorno dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas “que de comunidade não tem nada e de terapêutica muito menos”, é recolocar o mercado privado, que explora a internação através do modelo manicomial, e que mercantiliza a vida, processo que fica evidente também quando se fala de internar crianças e adolescentes em manicômios.

CAPÍTULO 3 – A CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO: UM NOVO OLHAR EM SAÚDE MENTAL

“Na convivência o tempo não importa. Se for um minuto, uma hora, uma vida. O que importa é o que ficou deste minuto, desta hora... desta vida.”

(MÁRIO QUINTANA)

Partindo das reflexões apresentadas nos capítulos anteriores, o presente capítulo busca compreender como a convivência pode ser configurada como um estratégia de cuidado dentro de serviços de saúde mental para frequentadores que ouvem vozes e quais são os desdobramentos dessa convivência.

3.1 – Dimensões ética, política e clínica da convivência

Resende (2015) compreende a convivência no campo da saúde mental como uma estratégia de cuidado articuladora entre a clínica e a inclusão social, que permite de forma dialética o “alcance dos objetivos do cuidado em saúde mental: singularização, autonomia, empoderamento, reabilitação psicossocial, inserção social e cidadania.” (p. 17). Outra ideia apresentada pela autora foi que a convivência pode ser entendida como “um dispositivo de cuidado, em suas inseparáveis e entrelaçadas dimensões ética, política e clínica” (p. 30). Para compreender o que são essas dimensões éticas, políticas e clínicas, Resende (2015) afirma que é necessário a compreensão de um cuidar que respeite o modo de cada um, e torne a convivência possível entre iguais e diferentes.

Em uma convivência igualitária, “os conflitos podem encontrar um lugar de expressão e a possibilidade de produção de sentido” (Resende, 2015, p. 164). A autora sustenta, em seu trabalho, uma clínica que faz junto, estar com e deixa ser. Essas são consideradas dimensões do cuidar que demonstram a disponibilidade afetiva do sujeito no encontro com o outro, e tornam possível pensar novamente nas dimensões ética, política e clínica que regem a ideia de convivência. Para isso é necessário “manter viva a potencialidade terapêutica do cotidiano” (idem), mantendo-se o cuidado de suplementar a dimensão clínica com a disponibilidade ética (deixar ser) e política (papel desinstitucionalizador para combater a desigualdade e a injustiça – evitando o cuidados extremos como: o tutelares da clínica disciplinadora e o da clínica assistencialista). Resende (2015) sublinhou que a dimensão clínica sozinha não cumpre seu potencial

terapêutico. Lobosque (2003) reconhece que esse campo de ação se dá em uma “encruzilhada de saberes diversos, em que devemos aprender a dispensar sem pena aqueles que são inúteis ou inconsistentes, e a valorizar aqueles que nos interessam” (p. 35). A partir dessa abertura para o novo é possível refletir sobre as nossas intervenções (Rodrigues, 2016).

Buscando tornar possível essa convivência entre iguais e diferentes, a Resende (2015) defende a ideia de uma convivência igualitária, que tem como princípios o cuidado sem tutela, a solidariedade e a generosidade. O campo da saúde mental necessita de ações que tenham como objetivo o combate de preconceitos historicamente construídos e o empoderamento pessoal e coletivo. E para que ocorra a convivência é necessário que “estejamos juntos, façamos coisas juntos: passear, cantar, jogar, pesquisar, comer, cozinhar, conversar... Mas não apenas para passar o tempo. Para estabelecer ligações entre as pessoas, os lugares, os fazeres...” (Resende, 2015, p. 133). Além disso, faz parte dessa perspectiva também a ideia “do encontro, da intensidade, do momento, mas também da continuidade na oferta dos cuidados” (p. 133).

Os profissionais de saúde também fazem parte desse processo de convivência, portanto eles devem buscar a sensibilidade às diferenças, superando visões estigmatizantes e, ainda, a convivência igualitária, a qual “requer, por um lado, um certo desempoderamento dos profissionais de saúde – somos insuficientes! – para estabelecer com os usuários de saúde mental uma relação horizontalizada” (Resende, 2015, p. 126). A autora reconhece que inicialmente essa ideia de ocupar os papéis abrindo mão do poder técnico, pode gerar conflitos e se tornar angustiante, porém cabe a cada profissional vencer suas próprias resistências para que se torne visível a potencialidade da convivência. Para Resende (2015), na convivência os profissionais deixam de ocupar a posição de centro e são convocados a “ocupar outros papéis em um confronto de saberes e mudança nas relações de poder” (idem).

Para entendermos a convivência como “um dispositivo de cuidado, em suas inseparáveis e entrelaçadas dimensões ética, política e clínica” (p. 30), torna-se necessário esclarecer o que a autora pensou a respeito de cada uma dessas dimensões. A dimensão ética pode ser compreendida como o estar disponível para o outro, buscando diferentes estratégias de cuidado respeitando a singularidade do sujeito. Em sua tese *“Eis me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado em saúde mental”* a autora

relata o caso de Fabiano, que serve como exemplo desse *estar disponível* para o outro. Fabiano, estagiário do CAPS, à época ele estava interagindo com a mãe de uma usuária do serviço, quando reparou que um frequentador chegou à recepção bem agitado, alegando que sua atual medicação estava piorando seu quadro, e que precisava marcar uma consulta com o psiquiatra. A servidora que atendeu esse frequentador, indicou que ele procurasse o único hospital psiquiátrico da região e o explicou o caminho. No entanto, Fabiano percebeu que ao sair da recepção o frequentador tomou a direção oposta à qual havia lhe sido explicado. Então Fabiano ofereceu ajuda ao usuário perguntando se poderia o acompanhar até hospital e o frequentador disse que sim. Fabiano acompanhou o frequentador até a consulta e depois retornou com ele ao CAPS. Segundo Resende (2015) esse ato de Fabiano não deve ser interpretado como um favor, ou gentileza, e sim como algo que faz parte dessa dimensão ética.

Para Resende (2015), “estar disponível para acolher as demandas, tais como estas surgem, diferentemente de obrigar os usuários a se adaptarem aos dispositivos e estratégias que temos disponíveis, configura-se essencialmente como uma dimensão ética do cuidado: “*eis-me aqui*”, “*eu mais responsável do que todos*” (p. 247). Ou seja, a dimensão ética deve ser compreendida como algo que vai além do que simplesmente “*fazer a sua obrigação*”, é agir de acordo com as necessidades do sujeito, levando em consideração a sua subjetividade, e não simplesmente cumprir um cronograma de atividades e de procedimentos protocolados, e sim realizar algo que faça sentido pra aquele sujeito. Aqui pode ser feito um paralelo de que a dimensão ética não só se aplica a ideia de convivência, mas que também está presente na concepção dos serviços substitutivos em saúde mental apresentada por Brasil (2011) do que é o CAPS (ideia que já foi discutida no capítulo anterior deste trabalho) e com a ideia de Lobosque (2001), de que o CAPS deve promover a criação de espaços de convivência que gerem atividades que façam sentido para o sujeito.

Pensando na dimensão política presente na convivência, Resende (2015) a compreende como uma estratégia de reação ao autoritarismo presente nos serviços. Para a autora através da convivência torna-se possível uma mediação perante a equipe, já que durante a convivência as demandas são acolhidas, e se necessário encaminha-se o sujeito à equipe.

Essa mediação, que se torna possível a partir da dimensão política da convivência, deve ser interpretada como um direito (o que é por definição). Quanto a esse aspecto Resende (2015) afirma que: “a institucionalização e a burocratização dos CAPS ameaçam de tal forma o cuidado, que se fez necessária uma referência no CAPS, a partir da atividade de convivência, para ajudar os usuários, em algumas circunstâncias, a se relacionarem com a própria equipe”. (p.251)

Para a autora, mais uma vez levanta-se a questão de abrir mão do poder técnico que pode ser conflituoso e angustiante, já que por muito tempo os usuários foram silenciados e excluídos nas instituições psiquiátricas.

Nesse sentido “para lidar com a desorganização e angústia, tendemos a institucionalizar: organizamos o espaço e tempo de modo que não haja tempo livre ou apropriação criativa do espaço para que o jogo vincular não se torne ameaçador” (Resende, 2015, p.250). Por isso a dimensão política é tão importante na perspectiva da saúde mental.

Um exemplo relacionado a essa dimensão, também relatado em sua tese, é o de Giovani, que ajudou Vanusa, uma das frequentadoras do grupo, a resolver o seu problema com o passe livre, auxiliando-a em uma conversa com a assistente social. A autora sublinhou que “os contatos que Giovani fez com a equipe geraram um agendamento, de modo que parece que a disponibilidade de Giovani para ajudar e mediar é suficiente, naquele momento, para que Vanusa se sinta cuidada” (Resende, 2015, p. 249).

Por fim temos a dimensão clínica, a qual, para Resende (2015), é um desdobramento da disponibilidade para acolher demandas e da mediação com a equipe. Segundo Resende (2015), “algumas coisas são compartilhadas na convivência e não em outros dispositivos, de forma a abrigar, espontaneamente, o sofrimento e também as queixas em relação ao cuidado ou à falta de cuidado no CAPS.” (p.252).

3.2 – *Estar com, Fazer Junto e Deixar Ser.*

Resende (2015), afirma que a convivência quando guiada pelas dimensões ética e política (tópico 3.1), auxilia na construção de um cuidado privilegiado que perpassa pelas disponibilidades afetivas de *estar com, fazer junto e deixar ser*. Para a autora está implicado no conviver essa disponibilidade ética de *estar com* o outro e de reconhecê-lo

em sua singularidade, diversidade e alteridade. O *estar com* acontece nesse encontro com o outro, quando se deve apostar na “potencialidade e deixe ser, ao mesmo tempo, em que acolha os confrontos inerentes a todo e qualquer conviver e evite reproduzir a violência sempre potencialmente implicada no *estar com*” (Resende, 2015, p.25). Nesse processo de *estar com* deve-se sempre buscar a inclusão social (não deve ser *um estar com* alienante).

Resende (2015) afirma que o *estar com* busca acolher o que vem do outro e que “implica também acolher as dificuldades, brigas, conflitos e impasses do convívio.” (p.186). A relação afetiva ganha aí papel de destaque, pois se torna possível adentrar a experiência existencial do outro, já que nessa perspectiva reconhece-se o outro a partir do que ele é. O *estar com* e o *fazer junto*, na perspectiva da convivência, têm a mesma importância, e são eles que potencializam essa estratégia de cuidado que é a convivência, e que tenta buscar o que faz sentido para cada sujeito mas que não abandone o coletivo. Resende (2015) acredita que uma presença implicada de nossa parte auxilia na transformação do ser, já que no *estar com* não cabem julgamentos ou interpretações e sim acompanhar como se dá o processo de estar no mundo de cada sujeito. O grande desafio segundo a autora é justamente acolher na convivência essas outras diversas formas de comunicação e de estar no mundo, que reflete na próxima disponibilidade afetiva da dimensão do cuidado que é o *fazer junto*.

Resende (2015) apresenta o *fazer junto* como uma possibilidade de mediação na convivência que rompe com a lógica manicomial, de que o paciente psiquiátrico é incapaz e necessita que alguém faça algo por ele ou no lugar dele. A ideia do *fazer junto* para Resende (2015) é de que é possível construir uma relação igualitária que permita essa autonomia do sujeito e que ele esteja implicado nos próprios processos. Resende (2015) cita em sua tese Oury (1989) que acredita que o *estar com* “é participar, estar na mesma paisagem e re-tecer o mundo, confeccionando a existência, resgatando um comércio afetivo” (p.188).

Para Resende (2015), as diversas atividades que implicam no *estar com*, buscam romper com as hierarquizações que são construídas dentro dos serviços de saúde mental e que busca exercer funções a partir de sua própria história. Resende (2015) acredita que “as atividades permitem que as pessoas se encontrem, circulem, tenham acesso. Uma clínica que se faz nos pequenos detalhes e que usa o cotidiano em favor da emancipação

das pessoas.” (p.187). Para tal, o mediador tem uma função importante: “não é apenas entre nós e eles, mas uma conexão com outra ordem discursiva e com o externo. Não é um mero acaso, um objeto ou atividades quaisquer, o mediador precisa articular-se com a história do sujeito, permitindo processos de subjetivação e interlocução.” (p.187). É através da relação (*estar com*) do cotidiano (*fazer junto*) e seus afazeres, que se constroem as relações. (Resende, 2015, p.187).

O que torna essa forma de cuidar tão única é “acolher e reconhecer o tempo de cada um (ora frenético, ora de uma lentidão intimidante)” (Resende, 2015, p.189) e respeitar esse tempo é mais importante do que criar uma estrutura institucional, permeada por regras e saberes. Para Resende (2015) a ideia é justamente não institucionalizar e sim manter-se atento para que exista o respeito ao tempo do outro, mas que também a rotina e essa “espera” não cause o desinteresse da equipe e o desinvestimento no diálogo. Goulart (2013) aponta que espaços de convivência dentro de serviços como o CAPS, tornam possíveis a emergência de iniciativas próprias e novas possibilidades, e que quando isso acontece rompe-se a lógica de que os profissionais são detentores do saber, possibilitando então um cuidado emancipador.

Resende (2015) acredita que “o serviço pode ser organizado de modo a fazer caber uma certa desordem” (p. 189), visto que essa “desordem” permite que se torne mais fácil permear nos serviços a importância de se compreender as diversas formas e modos de se lidar com o sujeito e que se torne possível acessar a história do sujeito a partir da experiência e não a partir do que é tido como regra dentro de uma instituição. A autora acredita que essa desordem corrobora para que cada profissional desenvolva sua própria forma de cuidar (respeitando os princípios éticos, políticos e clínicos). Para Resende (2015) “quanto mais próximos, mais potencialmente defensivos, o que leva à necessidade de cuidar dos profissionais para que seja possível estar próximo, na convivência, sem nos defendermos.” (p.189).

Por fim, temos a última disponibilidade afetiva o *deixar ser*. Segundo Resende (2015) “as três modalidades de presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – necessitam agir em equilíbrio para que os cuidados possam efetivamente produzir sentido para o sujeito.” (p.190). Para a autora estabelecer esse equilíbrio é fundamental para o cuidador assim como para quem é cuidado, já que a ideia aqui é de que o próprio cuidador reconheça que ser cuidado também faz parte de cuidar.

Para Resende (2015) a ideia primordial que permeia a ideia de cuidado e de convivência é “deixar-ser e deixar-acontecer” (p.22). Portanto, a autora acredita que o *deixar ser*, permite que o cuidador abra mão desse papel hierárquico e por muitas vezes fantasioso de controle e saber total, e que quando o cuidador reconhece suas limitações e percebe sua dependência, torna-se possível a compreensão de que para cuidar é necessário cuidar de si e deixar ser cuidado, “desvelando a inevitável mutualidade nos cuidados como um fundamento ético.” (p.190).

Em outra passagem acerca do *deixar ser*, Resende (2015) afirma que “se toda ação de cuidado está inscrita em uma economia da violência - por mais “bem intencionada” nossa ação, ela está sustentada em uma relação de poder” (p.189). Por isso, o “*deixar ser*” exige um esforço e implicação do cuidador, e a partir disso torna-se possível abrir espaço para o outro e toda a sua potencialidade. A autora afirma que o grande desafio é caracterizar como essas três disponibilidades afetivas podem se firmar como estratégias de cuidado dentro de um espaço como o CAPS, e como não reproduzir riscos e violências que estão implicados na convivência e que são resquícios de uma lógica manicomial. Resende (2015) compreende que a “sensibilidade clínica desenvolve-se como a habilidade de reconhecer a cada vez qual é o momento para acolher, momento para reconhecer e o momento de interpelar, em uma posição de reserva ética que deixe espaço – e tempo – para que o outro seja.” (p.190), ou seja que se torne possível identificar o que cada sujeito precisa tanto no espaço grupal como no individual.

3.3 – Vozes e convivência

Como já mencionado anteriormente, o fenômeno da audição de vozes, por diversas vezes promove a exclusão, o isolamento social e a perda da autonomia. Partindo dessa premissa, torna-se possível pensar na **convivência** como uma estratégia de cuidado que busca reestabelecer os laços sociais. Pensando na relação entre vozes e convivência podemos encontrar pontos em comum presentes nas teorias apresentadas nos capítulos 1 e 3. Romme (1989) percebeu que investir em espaços grupais permitiria a troca de experiências, e isso possibilita a criação de vínculo entre os ouvintes e a construção de redes de apoio. Resende (2015) defende a ideia de que a convivência quando regida pelas dimensões éticas, políticas e clínicas, também possibilita a troca, a vinculação e a criação de redes de apoio.

Como já mencionado, a convivência igualitária defendida por Resende (2015) tem como princípios o cuidado sem tutela, que busca combater os preconceitos historicamente construídos no contexto da saúde mental. Baker (2009) afirma que grupos de ouvintes de vozes ajudam a diminuir os estigmas em relação ao fenômeno. Outro ponto em comum entre as duas teses é a noção de despatologização. Tanto Resende (2015) como Romme (1989), acreditam que o sujeito deve estar no centro, ou seja, leva-se em consideração a história de vida daquela pessoa, seu contexto social, sua relação com o mundo, suas individualidades, sempre preservando os direitos e a integridade de cada um, de modo que se torna possível pensar em um cuidado diferenciado para cada pessoa.

Nesse sentido a atividade de convivência se faz essencial para pensar no cuidado com ouvintes de vozes. Para Resende (2015) a atividade de convivência é definida pela disponibilidade para “estar com o os usuários e *fazer junto* sem agenda definida” (p.236), ou seja, acompanhar o sujeito. A autora afirma que se faz necessário conviver fora das atividades programadas mas mantendo sempre em vista o cuidado que se dá na justa medida – “cuidar sem tutelar, mas também sem desassistir” (p.236). Resende (2015) acredita que a descentralização do aporte técnico/teórico do profissional é importante pois só assim é possível alcançar uma postura horizontalizada em relação ao sujeito, conforme vimos no tópico anterior. Para a autora essa postura permite um modo alternativo de organização do cuidado no CAPS – “desburocratizando o cuidado” (Resende, 2015, p. 236).

Alguns espaços dentro do CAPS ajudam a promover essas atividades de convivência, como por exemplo: o pátio, a recepção, os espaços de espera, os intervalos dos grupos, os lanches, o início e final das atividades. Resende (2015) ainda acrescenta que, muitas vezes nesses espaços se faz possível também o encontro com os familiares dos usuários, aspecto esse interessante, considerando a seguinte passagem: “uma importante possibilidade de contato com os familiares desenvolveu-se com a atividade de convivência [...] É uma queixa e preocupação constantes no CAPS a dificuldade de inserir a família no processo de cuidado” (p. 237). Ou seja, a convivência pode ser também uma estratégia para criar vínculos com esses familiares.

Nas atividades de convivência também estão presentes os momentos informais. Goulart (2017) afirma que esses momentos se tornam significativos pois por muitas

vezes promove diálogos que não aconteceriam nos espaços previamente planejados, como nos grupos ou atividades já propostas.

Além disso existe uma relação entre os princípios que fundamentam a implementação de grupos de ouvidores de vozes e de grupos de convivência. Resende e Costa (2017) apresentam em seu livro *“Saúde Mental: a convivência como estratégia de cuidado – Dimensões ética, política e clínica”*, como se deu a implementação de um grupo de convivência em um CAPS. Já o grupo de ouvidores é baseado em um manual criado pela Intervice, no caso do Brasil existe um material, elaborado por ouvidores de vozes brasileiros, conhecido como Intervice Brasil.

Posto isso, o presente trabalho buscou unir princípios e relações que estão presentes na implementação tanto do grupo de ouvidores como no grupo de convivência. Deste modo surgiu o grupo “Convivendo com as Vozes”, que nasceu de um projeto de estágio da autora, e ganhou vida em um CAPS do DF. Tanto os princípios como grupo serão apresentados no capítulo 5.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

O presente trabalho utiliza uma abordagem qualitativa, o que torna possível o diálogo entre as experiências e a literatura e promove um processo de reflexão. Segundo Demo (2001), a metodologia qualitativa torna possível o estudo das experiências peculiares em contraposição ao geral do fenômeno que se visa a conhecer, ou seja, busca compreender a complexidade do contexto em que se insere o fenômeno, relacionando-o com outros e contextualizando-o sócio e culturalmente. Denzin e Lincoln (2006) afirmam que a pesquisa qualitativa pode ser compreendida como uma abordagem interpretativa do mundo e tem como objetivo entender os fenômenos em termos significativos para os atores sociais. Para os autores uma das principais características da pesquisa qualitativa é a importância atribuída aos depoimentos, aos discursos e significados dos atores sociais envolvidos na pesquisa.

Segundo Demo (2005) a pesquisa qualitativa não se faz a distância do fenômeno, de forma intermitente ou fugaz. É preciso que o pesquisador esteja imerso, convivendo e participando da experiência de pesquisa, para que haja uma maior profundidade do fenômeno já estudado. Turato (2005) aponta que a pesquisa qualitativa ocorre no ambiente natural em que acontece o fenômeno e que a interpretação se dá de acordo com o significado trazido pelos sujeitos, focando na significação do fenômeno para quem o vivenciou. Para o autor a construção metodológica da pesquisa qualitativa contou com a contribuição de Freud, que apresentou novas e profundas formas de compreender o ser humano. Para Machado (2014) a pesquisa qualitativa tem destaque no campo da saúde no Brasil pois atende a necessidade de um novo olhar sobre o fenômeno da saúde, que se deu a partir da implementação do SUS no país.

A base deste trabalho se deu através da experiência da autora como estagiária em um CAPS do DF desde Fevereiro/2019. Como já mencionado anteriormente, o interesse por estagiar na saúde mental começou através do Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB). O PRISME é um projeto interdisciplinar que reúne alunos de graduação de diferentes áreas (Direito, Medicina, Psicologia, Enfermagem e Educação Física) e permite que esses alunos atuem como extensionistas nos serviços de saúde mental. Iniciei minha atuação em um CAPS II do DF em 2016 e desde então circulei por diferentes CAPS, participando de diferentes

grupos e atividades. Circular por diferentes serviços fez com que eu conhecesse diferentes pessoas, histórias e casos, mas por todos os CAPS que passei, sempre havia os ouvidores de vozes. Como mencionado na introdução deste trabalho, meu primeiro contato com uma ouvidora de voz aconteceu nesse primeiro CAPS onde iniciei meu percurso em saúde mental e acredito que foi por conta da relação que estabeleci com ela que surgiu meu interesse sobre o fenômeno da audição de vozes.

Apesar de ter passado dois anos como extensionista do PRISME, adentrar o serviço na posição de estagiária teve desdobramentos completamente diferentes. Como estagiária tive a oportunidade de desenvolver meu projeto de criar um grupo de ouvidores de vozes, dentro do serviço, obtive um contato muito maior e mais próximo com os frequentadores e pude me debruçar a fundo nos casos que atendi. Além disso, o papel de estagiária proporcionou um contato muito mais próximo com a equipe, de modo que por muitas vezes me senti parte dela (com isso foi possível perceber também o quão árduo é o trabalho interdisciplinar). Outra diferença entra estágio e extensão é que no estágio aprendemos sobre a parte administrativa do serviço em relação a prontuários, marcação de agenda, emissão de relatórios, pedido de laudos, coisas que passam longe da experiência de extensão.

Posto isso, o presente trabalho utilizou-se de diários de campos que foram redigidos a partir da experiência da pesquisadora como estagiária em um CAPS do DF e como facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes dentro do mesmo serviço e de duas entrevistas, uma semiestruturada e a outra narrativa, pretendendo analisar o fenômeno da audição de vozes e a convivência. Tanto o diário de campo como as entrevistas serão teorizadas em tópicos mais à frente.

Foram utilizados aproximadamente 30 diários de campo, produzidos no período de Fevereiro/2019 a Junho/2019. Vale ressaltar que os diários de campo foram divididos em dois grupos pela autora: o primeiro é relativo ao grupo “Convivendo com as Vozes”, onde foram registradas as vivências e os conteúdos que surgiram a partir dos encontros do grupo e o segundo é referente as atividades de convivência que aconteceram fora do grupo.

Em relação às entrevistas, foram realizadas dois tipos: narrativa e semiestruturada. A entrevista narrativa foi feita com um ouvitor de voz que utiliza a rede de saúde mental, que frequentou por muito tempo um CAPS e que já participou de alguns

grupos de ouvintes de vozes, tanto no serviço de saúde mental como na comunidade, e que fundou um instituto no DF que tem como premissa acolher e atender algumas demandas relativas à saúde mental, entre elas um grupo de ouvintes de vozes no qual ele mesmo é o facilitador. Já a entrevista semiestruturada foi realizada com um psicólogo que desde a graduação esteve inserido no contexto da saúde mental e que facilitou grupos de ouvintes de vozes tanto nos serviços como na comunidade e procura aplicar a perspectiva despatologizante que inspira este trabalho.

Tanto o psicólogo como o ouvinte aceitaram participar da pesquisa estando de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e ambas as entrevistas foram realizadas em locais de escolha dos participantes.

4.1 Entrevista Narrativa

Segundo Godoy (2005), a entrevista é um processo de interação entre duas pessoas, que tem como objetivo obter informações sobre o entrevistado. Como já mencionado o presente trabalho utilizou-se de duas entrevistas, e o presente tópico discorrerá sobre a entrevista narrativa.

De acordo com Vasconcelos (2003), as entrevistas narrativas incentivam que os usuários e os familiares construam suas narrativas sobre a sua história de crise, sobre as dificuldades no processo de tratamento e recuperação. Para o autor a entrevista narrativa é considerada como uma estratégia de empoderamento, pois as narrativas se tornaram uma opção para “dar voz” a quem foi por muito tempo silenciado em manicômios. Além disso, Vasconcelos (2003) apresenta a narrativa como “importante ferramenta, ao mesmo tempo existencial e política, do movimento de usuários” (p. 33). Lira (2003) defende que narrativa deve seguir de acordo com o ritmo do usuário, para garantir a autonomia e a expressão das emoções envolvidas que fazem parte de sua história, as quais têm espaço para serem revividas, mesmo que parcialmente.

Vasconcelos (2006) discorre sobre a importância dos relatos da experiência e do processo de superação, pelo portador de sofrimento psíquico. Para o autor dar importância a esses relatos e processos são formas de assumir o controle do que sente, e torna possível que se encontre um caminho para o sujeito, levando em conta suas possibilidades ou impossibilidades. É através dos relatos que oportunidades antes

pensadas como impossíveis, como por exemplo, ter uma profissão ou um relacionamento afetivo, passam a ser vistas como possíveis.

Para Vasconcelos (2006) a construção da narrativa permite que aspectos considerados como inalcançáveis, ou que eram desvalorizados, passam a ser evidenciados, e tornam-se propulsores para o desenvolvimento de novos projetos de vida. O autor ainda acrescenta que um dos objetivos da narrativa é apresentar o contraste entre a difícil experiência vivida e a riqueza do resultado alcançado.

4.2 Entrevista Semiestruturada

Segundo Moré (2015), se caracteriza por ser um instrumento que coleta dados e constitui-se num “espaço relacional privilegiado” (p.127). Para a autora o diálogo proposto pela entrevista semiestruturada busca o protagonismo do participante e é através desse espaço que o participante pode expressar livremente suas opiniões, emoções e vivências que constituem sua história de vida.

Moré (2015) afirma também que, principalmente no contexto da saúde, a entrevista semiestruturada se coaduna com as dimensões dos princípios epistemológicos na pesquisa qualitativa. Segundo a autora “entende-se que o reconhecimento dos mesmos permite ao pesquisador um melhor posicionamento tanto frente ao fenômeno investigado como a todo o processo de construção da pesquisa em si” (p.127).

Já Triviños (1987) afirma que a entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos, fomentada por teorias e hipóteses, que vão de interesse com a pesquisa e que oferecem um amplo campo de interrogativas, e assim produzem novas hipóteses. Para o autor a entrevista semiestruturada se caracteriza por possibilitar a combinação de perguntas abertas e fechadas e pela flexibilidade de permitir que as perguntas pré-definidas mudem de acordo com a conversa.

4.3 Diários de Campo

Para Oliveira (2012), os diários de campo servem como um espaço de registro cuidadoso da própria prática e as diversas dimensões para uma reflexão continuada e posterior articulação. Para o autor, utilizar os diários de campo “permite, a quem o elabora, uma reflexão continuada acerca das múltiplas dimensões da prática, é um espaço de questionamento sistemático sobre a prática em situações de trabalho” (p.14).

Oliveira (2012) afirma que o diário de campo deve ser realizado de maneira minuciosa, pois o objetivo dos registros é que o autor possa retornar a qualquer momento as informações, podendo refletir sobre elas. Para o autor o trabalho de campo envolve compreender as dinâmicas de funcionamento do local, assim como conhecer as pessoas que fazem parte daquele contexto.

Lima e Miotto (2007) afirma que os diários de campo tendem a registrar informações específicas da área de intervenção e das rotinas da instituição. Além disso, o diário de campo contém registros sobre “observações e relatos pontuais de atendimentos individuais, ou ainda, como um breve relatório descritivo da intervenção e da realidade.” (p.98).

Bizerril (2008) afirma que o diário muito se assemelha às características da etnografia, com contornos mais detalhados da observação feita em campo. Para o autor o diário permite que se tenha a sensação de estar no local, vivenciando tudo aquilo que está descrito e quanto maior a riqueza de detalhes, maior o material de análise que permitirá reflexões.

4.4 Procedimentos

Em relação aos procedimentos metodológicos, inicialmente se deram pela revisão literária que embasou teoricamente a construção do presente trabalho. Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, sob protocolo n. 3.227.812, foram realizadas as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, e ambas foram gravadas e transcritas com o objetivo de melhor se aproveitar as falas dos participantes. A entrevista com o ouvidor teve duração de 3 horas e foi realizada no instituto de saúde mental fundado por ele, o que a tornou ainda mais rica. Já a entrevista com o psicólogo teve duração de 2 horas e o local de encontro também foi de escolha do participante. Por fim, foram realizadas as análises e discussão dos conteúdos.

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da teoria da hermenêutica da profundidade recuperada por Demo (2006), e criada por Thompson (1995). De acordo com Thompson (1995), a metodologia parte do pressuposto da interpretação e reinterpretação, ou seja, o mundo simbólico estudado já é pré-interpretado, sendo assim, o papel do pesquisador é reinterpretar esse campo. Segundo o autor da teoria “trata-se de

reconstruir o fenômeno de acordo com a ótica do intérprete, dando-lhe nova roupagem, por vezes muito divergente da original” (p. 42-43). Para Demo (2006), trata-se de analisar os conteúdos de prática, da participação, posicionando a roupagem formal da elaboração discursiva em um plano secundário. O autor sublinha que é necessário ir além das vestimentas do registro, de modo hermenêutico, ou seja, explorar as vivências para além das verbalizações. As formas simbólicas não podem ser analisadas separadas dos contextos que foram produzidas e interpretadas. O mundo simbólico não é meramente um objeto de estudo, ele é um campo-sujeito que é construído. Sendo assim, “os sujeitos que fazem parte do campo-sujeito-objeto, assim como o pesquisador, também interpretam e compreendem esse campo” (Demo, 2006, p.53).

Segundo Demo (2006) existem três patamares de análise da hermenêutica de profundidade:

a) Análise sócio-histórica: tem como objetivo “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (p.38). Nesse sentido, Demo (2006) destaca que as formas simbólicas são construções significativas que demandam uma interpretação e que podem ser compreendidas a partir das ações, falas e textos. O autor afirma que estas formas são melhor compreendidas quando contextualizadas socialmente, já que “para objetos socioculturais a história não é apenas um desdobramento replicativo, mas algo genético (...), parte de sua explicação” (p. 39);

b) Análise formal ou discursiva: para Demo (2006) esse processo busca compreender a estrutura da complexidade das expressões que compõem os campos sociais, considerando os traços estruturais abertos à formalização.

c) Por fim temos a interpretação/reinterpretação, que segundo Demo (2006) busca unir as informações qualitativas com olhares e saberes presentes na literatura, e esse processo permite que as reflexões da autora também apareça. Para o autor os método de análise discursiva acontece através da própria análise que se apresentam em formas simbólicas ou discursivas. Já a interpretação assume um caráter construtivo sobre a análise e também sobre a análise sócio-histórica.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

Neste capítulo darei lugar à reflexão a que se propõe o presente estudo, relacionando o teor prático e vivencial. Além do embasamento teórico serão utilizados os diários de campo da autora e as duas entrevistas realizadas como foi explicitado no capítulo 4.

5.1 - Contextualização sócio-histórica

A análise sócio-histórica auxilia na compreensão da convivência e do fenômeno de se ouvir vozes, dentro do contexto da saúde mental, e particularmente, no CAPS do DF, onde a pesquisa foi realizada. O objetivo deste tópico é resgatar algumas condições passadas que influenciam no presente e que são necessárias para a compreensão das experiências que serão analisadas formalmente nos próximos tópicos bem como de compreender melhor o cenário atual da saúde mental no DF. Como já foi dito anteriormente, o campo da saúde mental é historicamente marcado pelas relações de poder, anulação da contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, exclusão social, violação de direitos e a categorização do sujeito de acordo com uma “doença mental”. Tendo isso em vista, fez-se necessária a criação de uma nova política nacional de saúde mental que foi embasada em alguns movimentos como, por exemplo, segundo Tenório (2001), a Reforma Psiquiátrica – que busca um novo lugar social para a loucura. Rotelli (2001) apresenta como exemplo a experiência italiana de desinstitucionalização, que promoveu uma mudança não só institucional mas também social, considerando como atores todos os sujeitos envolvidos.

Portanto, inspirada nessas “novas visões” em saúde mental, criou-se a Política Nacional de Saúde Mental. Para Lobosque (2003) a política nacional é, em suma, a promoção de reinserção social. No capítulo 3, por exemplo, foram trazidas, a partir de Resende (2015), “possibilidades de interlocução e produção subjetiva através da intersubjetividade na convivência” (p.227), que se dão através do *estar com, fazer junto e deixar ser*.

Levando em consideração que a pesquisa foi realizada em um CAPS do DF, torna-se necessário compreender melhor a realidade da saúde mental no Distrito Federal. Goulart (2013) discorre em sua análise sobre essa realidade político-institucional vigente: uma das mais baixas coberturas em saúde mental, quando comparado a outros estados, e

um número insuficiente de serviços de saúde mental. Para o autor, essa baixa cobertura contribui para a não territorialização dos CAPS, que acaba por comprometer e limitar a atuação do serviço. Segundo Rodrigues (2016) essa insuficiência na rede permite que espaços como o hospital psiquiátrico público do DF ainda continue em funcionamento. Um exemplo que ajuda a dimensionar essa insuficiência, é de que segundo Rodrigues (2016) seria “necessário haver CAPS III e Residências Terapêuticas, instâncias que funcionem 24 horas de forma a acolher a crise em qualquer horário.” (p.49). No caso no DF não existem residências terapêuticas até hoje.

Outra questão que afeta a realidade dos serviços em saúde mental apontada por Goulart (2013), é o fato dos pacientes precisarem se deslocar de suas Regiões Administrativas do DF para terem acesso aos serviços. Para o autor “trata-se de uma expressão importante das dificuldades existentes na região, que ainda conta com uma quantidade muito insuficiente de serviços especializados nesse tipo de atenção” (p. 88). Ele destaca que existe um comprometimento na qualidade do tratamento quando ele se dá afastado do território do paciente. Goulart (2013) afirma que a premissa básica do movimento de desinstitucionalização se vê diferente de sua proposta inicial, “pois não é possível que a atenção se volte para as especificidades concretas do usuário, se o seu mundo está amplamente afastado do serviço” (p.88).

Outro ponto que se relaciona com a realidade dos serviços foi levantado por Resende (2015), que discorre sobre o déficit de profissionais nos serviços de saúde mental no DF, que impacta diretamente no cuidado. Ainda sobre os profissionais, Resende (2015) destaca a importância de oferecer cuidado a esses cuidadores, o que pode ser feito através de uma supervisão clínico-institucional.

Entre 2010 e 2014 houve “um aumento considerável de CAPS: de 07 para 17, com um aumento significativo no número de CAPS ad” (Resende, 2015, p. 228), graças a uma gestão apoiada pelo Movimento Pró-Saúde mental do DF. Zgiet (2010) traz algumas reflexões acerca das dificuldades na concretização da política de saúde mental no Distrito Federal. Para a autora, essas dificuldades são decorrentes de fatores macro e microconjunturais, como o desempoderamento de gestões, a pouca visibilidade das ações em saúde mental quando comparadas a outras áreas da saúde, o interesse ideológico e econômico que ainda permeia os investimentos estatais sobre os hospitais psiquiátricos e o pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de

Saúde. Aqui pode ser feito um paralelo com algo já discutido anteriormente no trabalho, a nova Nota Técnica nº 11/2019 em saúde mental lançada em conjunto pelo novo governo e pelo Ministério da Saúde, que propõe o (re)financiamento do Estado, para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, e que integra esses serviços como parte da Rede de Atenção Psicossocial, o que fere a lei 10.126 da Reforma Psiquiátrica, rompendo com a lógica dos serviços substitutivos em saúde mental.

Como já discutido anteriormente, os CAPS são um dos principais serviços substitutivos previstos na atual política nacional de saúde mental. A RAPS caracteriza-se por ser essencialmente pública, “de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica” (Brasil, 2016, p. 25). Então torna-se essencial garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, com vistas ao protagonismo dos usuários na construção da RAPS.

5.2 - Análise discursiva

As informações qualitativas obtidas a partir da minha experiência e registradas em diário de campo e as entrevistas narrativa e semi-estruturada serão as bases nesta etapa da análise. Como já mencionado anteriormente, essa análise será baseada na experiência da autora como estagiária em um CAPS do DF, na convivência com os frequentadores dos serviço de saúde mental e na experiência como facilitadora de um grupo de ouvintes de vozes no mesmo CAPS. As identidades serão preservadas, portanto os nomes de usuários, profissionais e entrevistados são fictícios. Segundo Demo (2001), as informações qualitativas devem ser ostensivamente interpretadas de modo que não sejam apenas objeto de análise e que é de extrema importância que o pesquisador faça parte do processo, tanto como sujeito como sujeito-objeto. Segundo Demo (2001) a informação qualitativa não tem o intuito de ser neutra ou objetiva, “mas permeável à argumentação consensual crítica” (idem).

Nos próximos tópicos serão apresentados o grupo “Convivendo com as Vozes”, o qual foi criado no CAPS, no primeiro semestre de 2019 pela autora desta pesquisa, juntamente com outro estagiário de psicologia e que foi supervisionado por uma psicóloga do CAPS e pela professora Dra. Tania Inessa Resende. Logo após serão apresentadas as categorias que foram criadas a partir da análise dos diários de campo sobre o grupo, sobre a convivência e sobre as entrevistas.

5.2.1 Grupo “Convivendo com as Vozes”

A ideia de se criar um grupo para ouvintes de vozes nasceu do interesse da pesquisadora em aprofundar os estudos sobre esse fenômeno. Ao iniciar o estágio nesse CAPS do DF, foi percebido um alto índice de frequentadores que ouviam vozes e que até então não havia nenhum tipo de trabalho específico para esse público. Muitos desses frequentadores já faziam tratamento no local há anos, e participavam de outros grupos terapêuticos e de outras atividades já propostas pelo serviço, porém nunca haviam se livrado das vozes, em alguns casos, mesmo não estando em crise, as vozes continuavam se manifestando. Segundo Fernandes (2017), um grupo específico para ouvintes de vozes apresenta vantagens em relação a grupos compostos por demandas variadas, pois ele cria espaço para que se fale sobre as vozes, além da possibilidade de integração entre os participantes e a criação de vínculos. Portanto, foi sugerido ao CAPS a criação de um grupo específico para ouvintes de vozes, mediado por mim e outro estagiário.

A metodologia do grupo foi inspirada em grupos já desenvolvidos pelo “Movimento de Audição de Vozes” – em inglês, Hearing Voices Movement (HVM), criados por Escher e Romme (2011), que apontam que o grupo é um espaço de escuta e troca de experiências, sobre o fenômeno de ouvir vozes. O grupo também segue as diretrizes desenvolvidas pela Intervoice (tópico 1.3) de como montar um grupo de ouvintes de vozes. A ideia geral do grupo é de que seja um espaço para falar sobre as vozes, sem nenhum tipo de julgamento. No entanto o grupo não se resume apenas às vozes, é um espaço pra falar sobre a vida, o cotidiano, sobre as relações, e de como as vozes se relacionam com esses aspectos. Outro ponto importante é que no grupo as vozes não são vistas como um sintoma de patologia. Para Baker (2009), considerar a audição de vozes como uma manifestação real e não patológica da existência - que deve ser acolhida, ouvida e qualificada – contribui para a desestigmatização desses frequentadores, que na maioria das vezes são discriminados e excluídos.

Além disso, como foi mencionado anteriormente no tópico 3.3 o grupo também foi organizado a partir dos princípios e características comuns que regem a implementação tanto dos grupos de convivência como dos grupos de ouvintes de vozes. o que corroborou para a unificar em um grupo só as vozes e a convivência.

Segundo Resende e Costa (2017) as características e princípios do grupo de convivência serão pensados a partir das dimensões ética, política e clínica. Esses

princípios e características se subdividem em constelações que ajudam a fundamentar o grupo, como: 1) Modo de funcionamento do grupo; 2) Respeito à alteridade visando uma convivência fraterna; 3) Estabelecimento de relações horizontais, visando a convivência igualitária.

Em relação ao modo de funcionamento, Costa e Resende (2017) afirmam que “nesta constelação, destacamos as características do grupo que ajudaram e/ou visaram construir um espaço ético – *eis me aqui* – e político – cuidar pra emancipar” (p.197). Uma das características presente nessa constelação que foi utilizada no grupo “Convivendo com as Vozes” foi a de ser aberto. Nesse sentido não havia obrigatoriedade em participar do grupo, nem obrigatoriedade na forma de participação (poderiam vir uma vez, todos os encontros, quando sentir que precisa e poder ir embora quando desejasse). Uma diferença que se fez por conta da especificidade do grupo foi a de não permitir a participação de usuários que não fossem ouvidores. De início o grupo foi aberto a todos inclusive a outros usuários do CAPS que sentissem interesse em saber mais sobre o fenômeno das vozes, porém percebeu-se que alguns conteúdos que apareciam no grupo às vezes eram muito pesados, e alguns não ouvidores se sentiam incomodados. Outro aspecto cuidado foi de não permitir pacientes sugestionáveis – essa é uma regra específica do CAPS – já que por muitas vezes aparecem conteúdos relacionados a suicídio. Nesse sentido a Intervice Brasil (2017) também afirma que o grupo não precisa necessariamente ser composto apenas por ouvidores, ele pode ser aberto a comunidade também.

Outro ponto em relação ao funcionamento inspirado na convivência defendido por Resende e Costa (2017) e também pela Intervice Brasil (2017) é o de poder escolher, “trata-se de um esforço continuado de negociação para a possibilitar que as pessoas pudessem fazer escolhas” (Resende e Costa, 2017, p.201). Nesse sentido o nosso grupo não tinha nenhum tema a ser debatido a priori, nem mesmo a questão das vozes. Sempre iniciávamos o grupo nos apresentado e em seguida perguntávamos como havia sido a semana, de forma que cada um podia falar sobre o que quisesse e se quisesse. Para a Intervice Brasil (2017) “os grupos são centrados em torno das necessidades membros. Em vez de se concentrar exclusivamente em vozes e visões, os membros do grupo são bem-vindos para falar sobre qualquer assunto que seja importante para eles.” (p.5). Portanto esse era tido como um dos princípios mais importantes do grupo.

Em relação à segunda constelação, Resende e Costa (2017) destacam como é possível acolher as diferenças “entendendo a alteridade como traço fundamental do laço fraterno, de modo a não permitir que a diferença signifique inferioridade ou incapacidade, o que aprofundaria as desigualdades” (p.205). Para a Interoice Brasil (2017) o respeito é um dos princípios fundamentais do grupo: “os grupos acolhem a diversidade de experiências e visões de seus membros.” (p.5). Durante o grupo presenciamos diversos momentos de acolhimento as diferentes formas de manifestação das vozes, e acredito que esse é um dos princípios que mais auxilia na formação de vínculos.

Por fim, a terceira constelação fala sobre o estabelecimento de relações horizontais que buscam a convivência igualitária. Resende e Costa (2017) afirmam que esse é um esforço que visa construir um cuidado diferenciado. Para os autores a convivência igualitária se dá entre iguais e diferentes, “de modo que as diferenças possam ser geridas e negociadas segundo oportunidades iguais” (p.211). Nesse sentido buscou-se promover um espaço de afetividade e de cuidado. Diversas vezes durante o grupo os frequentadores se demonstravam preocupados uns com os outros, e sempre buscam pensar em conjunto as melhores estratégias para lidar com as vozes. A afetividade também se manifestou em alguns momentos quando víamos frequentadores que de início eram bem sérios e com o decorrer dos encontros foram ficando mais sociáveis, até a forma de se cumprimentar foi mudando. Frequentadores que chegavam muito tímidos no decorrer dos encontros foram se sentindo a vontade, por exemplo, para nos cumprimentar com um abraço.

Em relação à organização do grupo, os encontros aconteciam às segundas-feiras pela manhã e tinham duração de uma hora. Durante todo o semestre o grupo teve uma grande rotatividade, porém tivemos alguns frequentadores assíduos, que estavam presentes em quase todos os encontros. O público era bem variado, contava com participantes de ambos os sexos, de diversos contextos sociais e econômicos, com faixa etária entre 18 a 45 anos, chegando a um número médio de oito participantes por semana. Vale ressaltar que tivemos quatro participantes que compareciam à todos os encontros e o restante variava de acordo com a semana ou com a demanda do CAPS.

Como já foi mencionado por diversas vezes neste trabalho, frequentadores dos serviços de saúde mental são na maioria das vezes estigmatizados, vítimas de preconceito

e discriminação, são tidos como loucos, doentes, preguiçosos, mentirosos e incapazes dentre vários outros rótulos. Mas quando se trata de ouvidores de vozes, parece que o preconceito toma uma dimensão maior, até os próprios frequentadores dos serviços de saúde mental e os profissionais apresentavam atitudes que refletiam esse preconceito. Esse será nosso primeiro ponto de análise.

a) Os estigmas e o preconceito com ouvidores de vozes.

Já de início tivemos contato com o “peso” de ser um ouvidor de vozes. Quando estávamos criando o grupo, pensamos em colocar alguns cartazes espalhados pelo CAPS, para divulgar para os frequentadores e profissionais que o grupo começaria. Para confeccionar esses cartazes chamamos alguns frequentadores para nos ajudar. Inicialmente pensamos no nome “Ouvidores de Vozes”, e um frequentador relatou:

“Apesar de ouvir vozes, não sei se gostaria de fazer parte de um grupo com esse nome. Grupo de ouvidores de vozes chama muita atenção, é um nome muito forte. Fica parecendo um grupo cheio de doido que escuta um monte de coisa. Eu acho que com um nome assim ninguém vai querer participar! Quem é que vai querer falar que faz parte de um grupo de gente que ouve vozes? Aí é assinatura de que é maluco mesmo! Porque aqui é assim, se ouve vozes é mais maluco do que o resto dos malucos. Não que eu me ache maluco, mas a gente que tem esse problema parece que fica mais marcado” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 6).

Em um relato como esse fica evidente a força do estigma na saúde mental e no fato de ser um ouvidor de voz, a ponto de fazer com que as pessoas não se sintam confortáveis em participar de um grupo dedicado ao fenômeno das vozes, dentro de um serviço de saúde mental por medo de ficarem estigmatizadas e rotuladas. Segundo Rocha, Hara & Paprocki (2015), a palavra *stigma* significa marca, feita com ferro e brasa, sinal, tatuagem e que na Grécia Antiga estigma era uma marca que diferenciava os membros inferiores da sociedade. Portanto, para os autores, “por derivação, estigma é a forma de construção social para indicar a marca distintiva da desgraça social” (p.2). Essa ideia de “marca” em relação ao estigma é tão forte que aparece exatamente assim no relato destacado quando o frequentador diz *“a gente que tem esse problema parece que fica mais marcado”*.

Esse tema sempre era mencionado durante os encontros do grupo. Por diversas vezes o preconceito e os estigmas de ser um ouvidor de voz se fez presente nas mais diversas esferas da vida desses frequentadores. Uma dessas esferas é a **convivência**

familiar/social, onde quase todos os frequentadores do grupo, em algum momento da existência, sofreram preconceito por parte de algum familiar.

“Ana chegou bem abalada no grupo. Estava bastante chorosa e triste. Relatou que no final de semana brigou novamente com a mãe e o padrasto. Ana conta que não estava se sentindo bem, e que estava ouvindo as vozes de sempre (no caso dela ela tem a percepção de que outras pessoas ficam comentando sobre ela, por exemplo os vizinhos, que ela escuta nitidamente comentários que eles fazem sobre ela, e que quando ela pergunta se mais alguém escuta, as pessoas respondem que não) e que por isso ela pediu que a mãe cuidasse da filha. Foi então que a mãe e o padrasto disseram que ela que tinha botado a criança no mundo, então ela que cuidasse, e que se ela ouvia vozes era problema dela, que ela é louca e descontrolada e que ela utiliza as vozes para não cumprir com suas obrigações. Ana relatou que houve uma discussão e que depois ela se trancou no quarto com a filha e tentou brincar com a criança para se acalmar, mas que foi muito difícil se controlar e que passado o momento de estresse ela chorou muito, tomou a medicação e foi dormir” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 10).

Logo após o relato de Ana, outro frequentador comentou sobre sua relação com a família:

Pedro afirmou que compreendia a situação de Ana. E que já havia tentado morar sozinho algumas vezes, mas que não tinha condições financeiras para se manter. E que na casa dele o relacionamento com os pais era muito difícil porque eles não entendiam o sentido das vozes dele. Sempre que Pedro entrava em crise por conta das vozes os pais o julgavam por não procurar uma religião, afirmando que seus problemas eram falta de Deus. E que suas vozes eram “coisa do diabo” e que por muitas vezes isso contribuiu para o agravamento da crise e o deixa deprimido (DIÁRIO DE CAMPO, nº 10).

Percebe-se nesses dois recortes a importância da relação e suporte familiar e/ou social para o frequentador. Segundo Baker (2009), o suporte familiar está implicado no processo de recuperação em saúde mental. Em relação aos dois primeiros relatos fica evidente como a falta de suporte ou uma relação conflituosa com a família contribui para o agravamento das experiências de se ouvir vozes, e também do sofrimento, como foi possível perceber no relato de Ana e Pedro. Para Fernandes (2017), apesar do suporte familiar não ser suficiente para a redução de audição de vozes, quando ele não acontece aumenta-se a chance de a pessoa ingressar em uma carreira psiquiátrica.

Porém, foi possível constatar também o lado oposto em relação aos preconceitos e estigmas da família em relação aos ouvintes. Durante um dos encontros em que o tema família e preconceito retornou ao grupo um depoimento chamou atenção:

Em relação aos preconceitos familiares hoje durante o grupo João relatou o relacionamento com a esposa. Disse que por muito tempo ela não compreendia a questão das vozes e que sentia medo quando João comentava com ela que está ouvindo vozes e que por muito tempo isso interferiu no relacionamento dos dois. Aconteceram várias brigas e que durante um tempo eles pensaram em se separar. Porém durante a primeira internação de João sua esposa muito preocupada procurou ajuda psicológica e que foi assim que a esposa foi rompendo os próprios preconceitos. Que por muitas vezes ela percebia que o deixava mal com as coisas que ela falava, e que nas conversas com o psicólogo ela percebeu que julga-lo só pioraria o quadro dele. Durante sua fala João disse algo que me chamou atenção: “a família precisa aprender a lidar com seus preconceitos também”. E que a partir daí a relação deles melhorou muito e que hoje eles tem total apoio e confiança um no outro. E que ela o ajuda quando está mal e que aos poucos ela vai tentando compartilhar essa visão com a família dele. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 17).

Outra fala parecida com a de João aconteceu durante a entrevista com o frequentador Caio. Quando perguntei a ele quando foi que ele começou a ouvir vozes:

“Foi uma época muito difícil. Junto com os transtornos também aconteciam muitos problemas dentro do meu núcleo familiar. Meu pai saiu de casa, por conta do meu comportamento [...] então foi uma época muito conturbada”. No final de seus 17 anos Caio cometeu um ato infracional e teve que cumprir a medida socioeducativa na UAMA e lá conheceu um assistente social que foi a primeira pessoa que levantou a hipótese dele ter um transtorno mental. O assistente social conversou com a mãe dele sobre a possibilidade do transtorno e o encaminhou pro CAPS. Caio comenta que a reação da mãe inicialmente foi de desconforto “Ela dizia que era fingimento, safadeza. Ela pensava que o tratamento no CAPS ia me prejudicar, na cabeça dela ela pensava que eu era meio maluco mas que pelo menos eu tava em casa com eles”. E que a partir daí a mãe começou a fazer atendimento psicológico na UAMA e que foi assim que ela começou a compreender a importância do CAPS e reconhecer que o filho precisava de ajuda. E que assim ela passou a compreender que o filho tinha um problema mas que ela não precisaria ajudá-lo sozinha. “Quando eu comecei a frequentar o CAPS minha mãe me acompanhava e assim ela foi conhecendo outras mãe que passavam pela mesma coisa que ela, e que ela não estava sozinha. E que também eu não era safado ou mentiroso. E assim toda minha família foi me entendendo e me ajudando, e hoje somos muito abertos em relação a minha esquizofrenia e as vozes, eu converso com eles, e sinto que eles se preocupam, eles já sabem quando eu não estou bem. Minha relação com minha família hoje é ótima.” (Entrevista com o frequentador)

A partir dessas duas falas é possível perceber a diferença entre um frequentador que recebe o apoio familiar e o que não recebe. Nos dois relatos, a partir da quebra de estigmas e preconceitos por parte da família, tornou-se mais fácil para esses frequentadores se relacionar com eles. A partir da informação da família sobre o transtorno e do acompanhamento do tratamento, tornou-se possível que o frequentador ganhasse espaço dentro dessa família e pudesse conversar sobre suas experiências sem

se sentir julgado, ou ficasse com medo de uma internação. Segundo Fernandes (2017), “a família é uma importante rede de suporte – senão a principal -, já que em muitos casos ela é o primeiro (e talvez o único) ambiente que a pessoa procura para ter ajuda” (p.73). Portanto, nota-se o quanto a quebra de estigmas e preconceitos é importante não só para que o frequentador se sinta acolhido e respeitado mas para que também seja possível criar uma rede de apoio entre o frequentador e a família, que contribui para a melhora desse sujeito.

b) Estratégias para lidar com as vozes

Essa é uma das categorias que mais apareceu durante os encontros do grupo e se fez presente também nas duas entrevistas. O grupo sempre recebia novos frequentadores, então no início de cada encontro, quando percebíamos que havia alguém novo, todos nós nos apresentávamos falando o nome e depois era explicado um pouco sobre o que se tratava o grupo e quais eram as formas de condução. Durante a explicação, sempre ressaltávamos que compartilhar estratégias para lidar com as vozes (o que funciona e o que não funciona) era um dos objetivos dos nossos encontros. Segundo Escher (2009), exercitar estratégias para lidar com as vozes é um dos pontos mais importantes para o processo de recuperação, porque reduz a influência e o impacto das vozes, trazendo um maior bem estar para o sujeito.

Entre as várias estratégias mencionadas nos encontros do grupo algumas apareceram por diversas vezes mencionadas por diferentes frequentadores. As estratégias mais mencionadas se subdividiram em: práticas religiosas ou espirituais, ouvir música, ignorar/pensar em outra coisa e sair de casa. Todas essas estratégias haviam sido tentadas pelo menos uma vez por todos os frequentadores que passaram pelo grupo. Uma que sempre me chamou a atenção e que na minha percepção era a mais utilizada pelos frequentadores do grupo era a de ouvir música. Existem vários relatos sobre essa estratégia, como:

Hoje conversando sobre estratégias Caio relatou que quando está assustado ouvindo muitas vozes costuma ligar o rádio para ouvir os louvores da igreja. Ao comentar sobre isso outros dois frequentadores do grupo afirmaram utilizar a música também como estratégia para diminuir as vozes. Ana relatou que “o barulho externo ajuda a diminuir o barulho interno” mas que não pode ser qualquer tipo de barulho, que ela prefere músicas calmas que tenham letras positivas. Pedro comentou que gosta de escutar música com fone, porque sente que os fones tapam as vozes e ele só escuta a música” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 7).

O interessante desse relato foi que mais de um frequentador compartilhava da mesma estratégia, e foi possível perceber que momentos como esse, em que eles compartilham coisas em comum, ajudam na criação de vínculo e de suporte do grupo (essa será uma categoria apresentada mais a frente). Outro fato curioso apareceu na semana seguinte, na fala de outra frequentadora:

Hoje durante o grupo a frequentadora Paula comentou que tentou a estratégia de ouvir música pela primeira vez. Paula relatou que estava ouvindo muitos chamados e que se lembrou da ideia de Caio de colocar os fones. A frequentadora relatou que de início se sentiu muito confusa por conta das vozes e a letras das músicas, e que então teve a ideia de procurar músicas sem letra e que isso a acalmou muito, tanto que depois de ouvir as melodias durante uns 20 minutos ela dormiu (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Aqui fica evidente como possibilitar espaços de fala e de troca refletem em cuidado, já que foi a partir da fala de um frequentador que Paula tentou utilizar uma estratégia nova, que ela havia aprendido no grupo. Isso corrobora com a ideia inicial de Romme (1989) quando ele resolveu apostar na potencialidade do grupo, alegando que a partir da troca de vivências entre os frequentadores é possível criar estratégias para se lidar com as vozes e fomentar uma rede de apoio.

A estratégia de ouvir música também esteve presente no relato do participante da entrevista:

“Eu uso diversas estratégias para lidar com as vozes. Uma das que mais funciona pra mim é escutar música com fone o único problema é que as vezes eu escuto tão alto que fico com dor de cabeça (risos), mas me ajuda muito a controlar as vozes!” (Entrevista com o frequentador).

Outra estratégia bastante mencionada pelos frequentadores do grupo eram as estratégias de cunho religioso/espiritual como: rezar, ler a bíblia ou frequentar algum tipo de espaço que promovia práticas religiosas. Um dos primeiros relatos veio de Caio:

Hoje o tema principal do grupo foi religiosidade. Caio comentou que teve um final de semana muito difícil, pois estava muito assustado com as vozes. Relatou que passou o final de semana inteiro dentro do quarto, deitado, ouvindo os louvores da igreja e que não conseguiu dormir direito por conta do medo. Relatou também que anda vendo muito vultos. Disse que só saiu de casa para ir à igreja no domingo com a irmã. Foi a partir dessa fala que Caio relatou que na igreja se sente muito bem e percebe que quando está lá ele não escuta as vozes. Disse que ler a bíblia tem o ajudado bastante quando está com medo, e que sempre reza quando começa a escutar muitas vozes mas que as

vezes não consegue terminar as orações por conta delas. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 5).

Pensando ainda nas estratégias religiosas, outro relato interessante aconteceu durante um momento informal. Eu estava sentada junto a Paula, uma frequentadora, na recepção enquanto ela aguardava um atendimento com a psiquiatra. Em nossa conversa ela relatou que há algumas semanas tinha começado a ouvir vozes e acreditava que era por conta da nova medicação, ela estava bem assustada e preocupada com esse “*novo sintoma*” (*sic*) e disse que estava “*com medo de estar ficando louca de vez*” (*sic*). Eu perguntei se ela tinha pensando em alguma estratégia para lidar com essas vozes:

“Eu sou espírita e desde de pequena frequento o centro. Mas ultimamente nem isso tem me ajudado. Estou muito assustada com esse negócio de vozes. Não sei se é coisa da minha cabeça ou se realmente estou ouvindo, eu fico muito confusa. O que me preocupa é que meu problema sempre foi depressão, e agora eu estou ouvindo vozes, isso não é coisa de pessoa deprimida.” Então perguntei a ela o que ela faz quando as vozes aparecem e ela relatou que na maioria das vezes deitava e tentava dormir ou que buscava ignorar. Foi aí que eu a convidei a participar do nosso grupo de ouvintes, expliquei pra ela como o grupo funcionava, e que eu achava que podia ajudá-la a entender melhor essas vozes e aprender a lidar com elas, na mesma hora ela topou. Bem no final de nossa conversa, Paula me relatou que estava buscando alguns tratamentos espirituais e que iria ao ritual do Santo Daime, em busca de ajuda. Combinei com ela que na próxima semana quando ela voltasse desse ritual iríamos conversar sobre a experiência dela (DIÁRIO DE CAMPO, nº 26).

Na semana seguinte Paula retornou ao CAPS e me contou sobre a experiência religiosa:

Hoje Paula retornou ao CAPS após ter viajado no final de semana para uma comunidade que realiza o ritual do Santo Daime³. De início Paula relatou que estava apreensiva mas que o ambiente era tão tranquilo e harmônico que o medo deu lugar a confiança. Paula relatou que após o ritual do Santo Daime sentiu um pouco de diarreia mas que isso faz parte do processo de limpeza do ritual. Ao final do processo Paula relatou “nunca senti uma paz tão grande” e disse que durante todo o final de semana não ouviu mais nenhuma voz. Paula disse que ia continuar frequentando a comunidade aliada ao tratamento no CAPS (DIÁRIO DE CAMPO, nº 27).

³ O Santo Daime é conhecido por ser uma manifestação religiosa, que consiste em uma doutrina espiritualista que tem como base o uso sacramental de uma bebida enteógena: a ayahuasca. Por ser uma substância alucinógena, foi avisado à preceptora do CAPS que a frequentadora participaria da reunião e faria uso da bebida. A mesma afirmou que não haveria problema e que ela poderia participar.

Nesse dois relatos é possível perceber que estratégias religiosas diversas podem auxiliar no que diz respeito às vozes. Como mencionado no primeiro capítulo, Jackson e Fulford (2003) afirmam que o contexto religioso e o contexto da saúde mental se relacionam. E muitas pessoas procuram a religião como alternativa, por ser um espaço de acolhimento e suporte, além de se sentirem amparadas psicologicamente. Porém, não é sempre que as práticas religiosas desempenham esse papel e em alguns casos o contexto religioso piora as vozes e agrava o sofrimento.

Logo após o depoimento de Caio sobre suas estratégias de cunho religioso um frequentador deu seu depoimento. Marcelo relatou que durante anos acreditou que as vozes fossem realmente coisa do demônio, que por conta disso já havia tentado suicídio várias vezes. Marcelo relatou que vinha de uma família extremamente evangélica e que por isso era tido pelos familiares como um ser demoníaco. Marcelo relatou que por diversas vezes fez trabalhos espirituais, como sessões de descarrego mas que as vozes sempre retornavam. Diferente da experiência de Caio, Ele conta que a igreja sempre foi o ambiente que mais o entristeceu. Marcelo relata que hoje não frequenta mais a igreja evangélica mas que continua acreditando na sua espiritualidade. Marcelo disse que o que o fez deixar a igreja de vez foi quando em uma conversa com o pastor, ele pediu para que Marcelo deixasse as medicações de lado e o tratamento no CAPS e se dedicasse apenas ao tratamento religioso. (DIÁRIO DE CAMPO, nº5).

Após o relato de Marcelo outros dois frequentadores disseram já terem vivenciado a mesma situação e que por muitas vezes se sentiam discriminados dentro das igrejas que frequentavam. Juntos chegaram à conclusão que não precisa de igreja para estar perto de Deus e praticar a sua fé. Nesse sentido Marcelo disse uma frase interessante “*Deus não se preocupa se eu tomo remédio, ele se preocupa se estou bem*” (sic).

Por fim, as estratégias de ignorar/pensar em outra coisa e sair de casa que foram mencionadas algumas vezes foram consideradas ineficazes tanto pelo grupo como nas duas entrevistas que realizei.

Hoje um novo frequentador compartilhou que a única estratégia que utiliza para lidar com as vozes é tentar ignorá-las mas que isso funciona por apenas alguns minutos e que quando elas retornam, voltam com mais força. Outros dois frequentadores que já participavam do grupo há mais tempo acolheram a fala do colega dizendo que por diversas vezes utilizaram da mesma estratégia e que também era ineficiente para eles, mas que com os encontros no grupo aprenderam outras estratégias (DIÁRIO DE CAMPO, nº 16).

Para Romme (1997), esse tipo de estratégia não auxilia no tratamento e somadas à medicação acaba por piorar o quadro dos pacientes. Durante a entrevista com o psicólogo ele falou algo que corrobora nesse sentido:

“Vários estudos comprovam que só medicar e ignorar as vozes são ineficazes. Quando montei o grupo de ouvintes de vozes essa era basicamente a estratégia que todos eles tinham e ela era insuficiente pois eles não deixavam de ouvir as vozes” (Entrevista com o Psicólogo).

Desta forma é possível perceber que existem inúmeras estratégias quando se tratam das vozes, mas que cada uma delas é muito peculiar, pois cada caso é também muito peculiar. O que funciona pra uns as vezes não funciona para outros e vice e versa.

c) Criação de Vínculos e Suporte terapêutico

De acordo com Baker (2009), muitas vezes as vozes causam isolamento e dificuldade de estabelecer redes de suporte que auxiliem no tratamento e no processo de recuperação. Como já discutido nas categorias nem sempre os ouvintes tem apoio da família ou de seu meio social e que isso acaba contribuindo para um piora no que diz respeito as vozes.

Com o decorrer dos encontros tornou-se evidente que havia sido estabelecido um vínculo entre os participantes que reverberava em um suporte mútuo. Um exemplo disso fica claro na conversa entre dois frequentadores, Paula e Vitor:

“Hoje durante uma conversa sobre medicação no grupo Vitor comentou que queria compartilhar algo mas que estava se sentindo envergonhado. Prontamente Caio disse “para de besteira, aqui a gente fala de tudo mesmo” e Paula completou “pode falar Vitor ninguém vai te julgar” então Vitor comentou que a nova medicação para as vozes que ele estava tomando estava fazendo com que ele fizesse xixi na cama e que ele estava muito triste com isso porque já havia três noites que ele fazia xixi na cama e acordava a esposa. Nesse momento Vitor começou a chorar. Foi então que Paula perguntou qual o nome da medicação que ele estava tomando. Quando Vitor respondeu ela disse “Ah eu já tomei essa medicação também! Ela me ajudou muito em relação as vozes, mas eu tinha o mesmo problema que você de fazer xixi, mas fica tranquilo que isso passa! Passou comigo vai passar com você também! É só o tempo do corpo acostumar com o remédio, que leva mais ou menos um mês! Não deixe de tomar porque essa medicação vai te ajudar muito! Uma coisa que você pode fazer é não tomar muita água antes de dormir, e tomar só um pouquinho na hora de tomar o remédio, isso funcionava muito pra mim” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 22).

Ao final da conversa Vitor agradeceu Paula e disse que iria tentar utilizar essa estratégia, e completou dizendo “*o bom do tratamento ser um grupo é que a gente se ajuda*” (sic). Portanto percebe-se que o grupo tem uma função terapêutica. Segundo Goulart (2013), o processo grupal permite que os participantes encontrem suporte e afeto uns nos outros e criem uma rede de apoio entre eles, que ajuda a fortificar as relações grupais.

Outro momento significativo que ocorreu no grupo foi o acolhimento e suporte oferecidos por dois frequentadores mais antigos, durante a chegada de um novo frequentador. Isso se tornou muito comum entre eles, frequentadores mais antigos que acolhiam naturalmente os frequentadores que chegavam. Thiago, o novo frequentador, chegou ao grupo muito tímido e tristonho e passou a maior parte do grupo calado e ouvindo os demais colegas, até que eu perguntei a ele se gostaria de falar algo e disso surgiu um diálogo comovente:

Thiago: “Eu não gosto de contar minha história porque ninguém acredita em mim. Todo mundo acha que eu sou doido e como eu sou trans (transexual) piora tudo porque aí que ninguém acredita mesmo”.

Paula: “Thiago você está chegando hoje mas pode se sentir à vontade, aqui ninguém vai te julgar. É bom falar sobre essas coisas porque alivia a gente e esse espaço aqui é pra isso. A gente tem uma regra de não compartilhar nada do que é dito aqui, eu sei que você tá conhecendo a gente hoje mas pode falar. Outra coisa aqui no grupo tem o Vitor que também é trans então não tem problema nenhum você ser também”.

Pedro: “É Thiago pode ficar à vontade. Aqui todo mundo tem uma história meio esquisita pra contar, e o bom é que ninguém julga. A gente te entende e eles (os estagiários) também. Aqui todo mundo está buscando melhorar, ter uma vida normal sem sofrimento, então conte com a gente. Conte com o CAPS, o CAPS é vida, é saúde, sem ele a gente morre” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 27).

A partir desse diálogo Vitor se sentiu acolhido e contou sua história, e os frequentadores foram pensando juntos em estratégias que poderiam auxiliar Vitor e que no final disse “*obrigado por não rirem de mim, me senti respeitado, o que nunca acontece quando conto minha história*”. Portanto, fica evidente que o grupo tem um caráter terapêutico em relação ao acolhimento, suporte e criação de vínculo que são significativas para os frequentadores do grupo.

d) Variáveis topográficas das Vozes

Esta categoria foi pensada devido as inúmeras formas que as vozes apresentam. Segundo Fernandes (2017), a fenomenologia das vozes ajuda a compreender os aspectos topográficos das vozes, ou seja a “variáveis como intensidade, frequência, quantidade, conteúdo, identidade, gênero, forma como se apresentam, valência emocional, e nível de influência” (p.63).

No grupo ficou evidente como é peculiar a experiência de audição de vozes. Por mais que algumas histórias se assemelhem não é possível traçar um paralelo entre elas, ou afirmar que existe um determinismo sobre a experiência de se ouvir vozes. Baker (2009) afirma que a audição de vozes é um fenômeno multifatorial. Utilizando os aspectos topográficos é possível perceber a questão da intensidade das vozes, como no relato de Caio:

“Quando começo a escutar vozes sinto muito medo. Sinto que estou sendo perseguido e algumas vezes até saio correndo. Sinto que o coração dispara e a pressão aumenta” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 4).

Outro frequentador comenta nesse sentido:

“No meu caso já aconteceu mais de uma vez de eu não me lembrar o que fiz. Às vezes quando eu entro em crise fico muito agressivo por conta das vozes e esquecido também. Já aconteceu de chegar intimação da polícia na minha casa e eu não lembrar de nada” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 4).

Através desses recortes percebe-se que as vozes se intensificam de formas diferentes e que geram respostas diferentes também. Outros frequentadores relataram a sensação de perda de controle do corpo e da “mente”, alterações fisiológicas e episódios dissociativos.

Em relação à frequência e quantidade também é muito particular a cada frequentador, e segundo Fernandes (2017) essas variáveis podem estar relacionadas a

história de vida e aos gatilhos emocionais⁴. O conteúdo também é muito particular a cada frequentador.

Caio: “As minhas vozes me xingam e mandam eu me machucar, elas sempre falam coisas ruins que me deixam pra baixo, me sinto humilhado”. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Paula: “Eu escuto as outras pessoas rindo de mim, fazendo chacota, me chamando de louca, de perturbada. Tenho sempre a sensação que estão me observando, comentando sobre mim e isso é muito agonizante.” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 8).

Thiago: “As minhas vozes dizem que eu vim de outro planeta, elas me aconselham e me ensinam como voltar pra lá. O problema é que a única maneira de voltar de onde eu vim é me matando, e quando eu não estou bem as vozes me pedem pra me machucar e tirar a minha vida” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 27).

Segundo Romme (1989), qualificar os conteúdos das vozes pode ajudar na compreensão da experiência do ouvitor. Fernandes (2017) afirma que essa variável pode estar relacionada a “origem” das vozes, ou de algum evento traumático ou gerador de sofrimento. No caso dos trechos acima apesar dos conteúdos se manifestarem através de discurso diferente é evidente que os conteúdos tem um caráter negativo e que geram muito sofrimento. Fernandes (2017) aponta que dados produzidos por Beavan e Read (2010) sustentam que “que o conteúdo é a variável topográfica que mais afeta ouvintes de vozes e possui uma relação significativa com as respostas emocionais” (p.64).

Segundo a Intervoice (2017) geralmente quem tende a procurar os grupos de ouvintes tem uma relação de muito sofrimento com a voz, porém como já foi discutido ao longo da pesquisa nem todas as pessoas que ouvem vozes estabelecem relações negativas com as vozes. Nesse sentido, tivemos dois relatos no grupo de frequentadores que estabeleceram outro tipo de relação com as vozes:

Hoje durante o grupo um frequentador que participava do grupo pela primeira vez contou que sua experiência de ouvir vozes, só lhe traz sofrimento quando ele está em crise. Fernando contou que a voz que escuta é do melhor amigo que se suicidou há 3 anos, e que para ele ouvir a voz do amigo é uma coisa boa. Fernando relata: “Com a voz não me sinto tão sozinho, ela me faz companhia. Sempre converso com ele, ele me aconselha, me diz quando não estou bem, é uma voz amiga”. Fernando afirma que não tem vontade de se

⁴ Gatilhos emocionais se desenvolvem após a vivência de alguma experiência negativa. Os gatilhos acontecem quando o sujeito entra em contato com algo que se assemelha aquela experiência negativa e a partir daí se desencadeiam sensações, reações ou pensamentos semelhantes aos que foram vivenciados durante a experiência traumática.

livrar das vozes e que não escutar o deixa triste. Ele relata que “a voz só me incomoda quando minha esquizofrenia ataca porque ela fala tão alto na minha cabeça que eu não consigo pensar, eu esqueço as coisas... mas eu não soffro que nem vocês, minha voz é meu amigo e ele jamais me faria mal”. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 19).

Outro relato aconteceu algumas semanas depois na participação de outro frequentador que também vinha pela primeira vez. Lúcia disse:

“Eu escuto minha voz desde pequena, ela começou como uma amiga imaginária chamada Erica e depois que eu cresci se transformou nessa voz que eu escuto hoje. Pra mim a Érica faz parte de mim, se a Érica sumir eu sumo também! Por isso eu não gosto de tomar a medicação e ela também não gosta que eu tome, porque ela some. Quando eu fico um tempo sem escutar eu sinto falta. Ela é minha maior companhia e a única que me entende e me aceita do jeito que eu sou. O problema acontece durante as crises que tenho porque a Erica pede pra eu me matar para finalmente nos encontrarmos, o que me impede desse encontro são meus filhos.” (DIÁRIO DE CAMPO, nº21).

Os trechos apresentados mostram a variabilidade do conteúdo, de modo que é possível concluir que o fenômeno das vozes é muito particular. Ao mesmo tempo que temos pessoas em extremo sofrimento por conta das vozes, temos pessoas que conseguiram estabelecer uma relação positiva com elas de modo que as vozes se tornam uma companhia, um refúgio.

Em relação ao gênero das vozes foram poucos os frequentadores que conseguiam fazer essa distinção. Em um dos encontros, foi perguntando se algum deles conseguia assimilar a voz a alguém conhecido ou se a voz teria algum gênero e Caio comentou:

“Eu nunca parei pra pensar se as vozes tem gênero ou se são de alguém. Esse tipo de conversa é esquisita mas se parar pra pensar faz sentido” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 5).

Na entrevista com o psicólogo uma das perguntas era sobre porque ele achava importante compreender a topologia das vozes e se ele acreditava que isso tinha algum caráter terapêutico.

“Compreender a fenomenologia das vozes é compreender a história das vozes do sujeito. As vozes mexem com questões que estruturam a vida das pessoas, por isso é necessário escutar o conteúdo delas, porque através dele é possível ter uma melhor compreensão do fenômeno” (Entrevista com o psicólogo).

Por fim, Baker (2009) afirma que as variáveis topográficas devem ser exploradas no manejo terapêutico para que seja possível compreender as vozes e possibilitar uma melhor convivência com elas.

e) Ouvir vozes: patologia ou não?

Compreender a noção de despatologização se torna mais fácil através do suporte teórico mas na prática falar sobre despatologização com ouvidores de vozes e até mesmo com profissionais de saúde mental tem outros desdobramentos. Como por exemplo, no primeiro dia do grupo quando explicamos a noção de despatologização a reação imediata dos frequentadores foi de espanto e estranhamento. Houve até uma fala de um frequentador que provocou bastante risadas: “*Esse pessoal da psicologia que é doido*” (*sic*). Porque até então eles nunca haviam pensado sobre as vozes com uma perspectiva de não-doença.

Durante as entrevistas essa noção de despatologização apareceu com bastante intensidade. Conversando com o psicólogo ele relatou:

“A ideia de patologia vem de doença, ninguém quer ser doente. Nós sabemos que ouvir vozes é o fenômeno diferente, especial, único para cada indivíduo, então categorizar a audição de vozes como doença não faz o menor sentido pra mim. Quando você considera a história de vida dessas pessoas, compreende a forma delas de ver o mundo, sua linguagem, suas relações a ideia de patologia se perde (...). Pra mim ouvir vozes é isso, são vozes que surgem e que isso pode acontecer a qualquer pessoa, como já aconteceu comigo. Falar sobre alucinação auditiva traz a possibilidade de ser doença. Por isso uma perspectiva não patologizante qualifica, ela apenas ouve vozes, entende? Ela não vira uma doença, um rótulo. É claro que muitas vezes a audição de vozes está relacionada com transtornos mentais, mas a gente não pode considerar só isso.” (Entrevista com o psicólogo).

Já na entrevista com o frequentador a noção de despatologização aparece com outro sentido:

“A ideia de despatologização é importante para diminuir os preconceitos que as pessoas tem com a gente e para que a gente possa falar sobre as coisas que a gente sente sem se sentir julgado. Eu concordo com a ideia de não classificar a pessoa como esquizofrênico, porque não é legal, as pessoas tem uma ideia de que o esquizofrênico é maluco, vai matar as pessoas (...) Mas por outro lado, no meu caso por exemplo eu não consigo trabalhar formalmente nem estudar por conta das vozes, então se não for considerado doença eu não tenho direito aos meus benefícios e não vou conseguir me sustentar. Eu acho que a ideia de doença só serve pra tá lá no CID e poder classificar a gente como doente, porque infelizmente a gente ainda precisa provar certas coisas pra poder ter direitos na sociedade” (Entrevista com o frequentador).

Os frequentadores de forma geral compreendem que a noção de despatologização é algo positivo que ajuda a diminuir estigmas e que possibilita a criação de espaços realmente terapêuticos como os grupos de ouvintes de vozes. Na literatura também é possível perceber que certos avanços em relação a ouvir vozes só foi possível através de um novo olhar sobre o fenômeno. Porém ainda existem certos setores da sociedade que necessitam da noção de patologia para poder compreender as dificuldades e limitações que possivelmente um ouvinte pode ter, como não trabalhar, por exemplo. Na nossa sociedade se você não trabalha você é considerado improdutivo, preguiçoso, acomodado. Aqui fica como reflexão a seguinte questão: será que a forma como estruturamos nossa sociedade não corrobora para que tenhamos nos tornado uma sociedade adoecida não só fisicamente mas também psicologicamente?

f) Convivência como estratégia de cuidado para ouvintes de vozes

Nessa última categoria procurou-se relacionar a convivência como estratégia de cuidado no campo da saúde mental desenvolvida por Resende (2015) e esse manejo despatologizante de Romme (1987) e Baker (2009). Em um dos encontros do grupo discutimos sobre como estava sendo a experiência de conviver com outros ouvintes no grupo e no CAPS, e a primeira fala veio de Paula:

“Conviver no grupo é bom, a gente se apoia, se entende. A gente pensa em coisas que podemos fazer juntos. Eu não me sinto sozinha, nem sinto vergonha de dizer que faço parte desse grupo, porque agora que a gente fala sobre isso no CAPS parece que todo mundo aceitou melhor! Tem até gente que quer ouvir vozes pra poder fazer o grupo (risos). O bom desse grupo é que aqui a gente fala sobre as coisas que tem vontade, não é obrigado a fazer um monte de atividade chata que não gosta” (DIÁRIO DE CAMPO, nº 11).

A fala de Paula sobre poder falar sobre o que gosta, sem o sentimento de obrigação ou de ter que cumprir alguma atividade já pré-estabelecida, demonstra a importância do *deixar ser*. O grupo se organizou nesse sentido, de agir de acordo com as necessidades dos sujeitos e não a partir de procedimentos padronizados, promovendo um espaço para que eles falem sobre o que quiserem, sem nenhum tipo de conteúdo imposto a priori.

Durante a entrevista com o psicólogo ele relata que a teoria da convivência desenvolvida por Resende (2015) influencia muito no tipo de cuidado que ele oferece como profissional:

“O tipo de cuidado que é apresentado pela teoria da convivência é o que eu acredito ter mais eficácia quando se trata de ouvintes de vozes. O *estar com* e o *fazer junto*, permitem que o ouvinte se empodere e por mais contraditório que parece tenha voz de novo. Essa forma de olhar para o mundo do outro, respeitando sua individualidade, suas vontades, tem um potencial terapêutico enorme. As diferenças habitam em todas as relações portanto não é justo tratar como diferente apenas um tipo de grupo (aqui ele se refere aos usuários de serviço de saúde mental no geral). Conviver de forma horizontal permite que o profissional obtenha outro tipo de relação com os frequentadores e isso resulta num cuidado diferenciado e potente! Excluir, isolar, trancar, não cura ninguém, o que funciona é incluir, é estar junto, é conviver. É só convivendo que se torna possível superar as diferenças” (Entrevista com o psicólogo).

No final da entrevista o psicólogo comenta que *“sempre pude perceber a diferença entre pacientes que convivem e os que se isolam e isso tem total diferença no tratamento deles. Por isso acredito que conviver sem dúvidas é primordial para um ouvinte de vozes.”* (sic). No relato do psicólogo foi possível perceber diversos elementos presentes na tese defendida por Resende (2015) como o *estar com* e o *fazer junto*, a convivência horizontalizada, o respeito as individualidades de cada um. Refletindo sobre tudo que foi dito até aqui, a teoria apresentada por Resende (2015) sobre a convivência se torna essencial para resgatar a autonomia, a criação de vínculos e o empoderamento de ouvintes de vozes que na maioria das vezes perderam isso ao longo de suas carreiras psiquiátricas. Portanto conviver é sim uma estratégia de cuidado para ouvintes de vozes.

5.2.2 Re (interpretação)

Esse tópico tem como objetivo dar lugar a algumas reflexões sobre os aspectos que mais chamaram atenção sobre a minha perspectiva enquanto mediadora de um grupo de ouvintes de vozes e na produção e análise das informações qualitativas.

Todas as vivências que tive no CAPS modificaram a minha forma de ver o mundo e também a forma de me posicionar enquanto profissional. A abertura para o novo deixa rastros transformadores no que diz respeito à *quebra de preconceitos, na preocupação com o outro e na valorização do trabalho interdisciplinar*, e isso se reflete na elaboração deste trabalho final.

Conforme vimos no capítulo 1 o fenômeno da audição de vozes é algo que caminha juntamente à humanidade muito antes das noções de **saúde/doença** que foram sendo construídas conforme a sociedade avançava. O fenômeno das vozes já obteve diversos *status* na sociedade, como por exemplo, ser uma forma de se relacionar com o divino, porém com o avanço da medicina o fenômeno foi reduzido a um *sintoma* relacionado aos *transtornos mentais*.

Acredito que o primeiro salto para uma perspectiva não patologizante se deu através da psicanálise de Freud (1990/2010) quando ele busca interpretar as alucinações por uma nova perspectiva que foca no sujeito e não na patologia. Nesse sentido, Romme (1989) e Baker (2009) são essenciais para pensar no fenômeno da audição de vozes de uma forma não patologizante. A ideia de Romme (1989) de não negar a existência das vozes e buscar compreender seus conteúdos no intuito de tornar possível lidar com elas, possibilitou pensar em uma nova forma de tratar o fenômeno, de forma a não anular o sujeito, respeitando sua história de vida e sua individualidade. É claro que a medicação é importante, mas deve-se levar em consideração que cada caso é único e que a medicação deve ser uma aliada ao tratamento e não para dopar ou invalidar o sujeito, como sabemos que acontece por diversas vezes. Além disso, essa nova perspectiva inspirou a criação do HVM/Intervoice. Segundo Fernandes (2017) o movimento de ouvintes resgatou “a importância do protagonismo do ouvinte de vozes na compreensão do fenômeno” (p.42). Nesse sentido, quando penso em minha experiência enquanto facilitadora do grupo “Convivendo com as vozes”, me parece impossível considerar as vozes apenas como um *sintoma* de um transtorno, isto é reduzir uma experiência tão única e complexa a uma categorização em um manual de transtornos.

Poder fazer parte do grupo fez com que eu percebesse como o fenômeno das vozes é algo singular. É impressionante como cada ouvinte estabelece uma relação muito particular as vozes, portanto, dar sentido a elas é essencial para compreender o que se passa com o ouvinte. Acredito que essa experiência também foi responsável pela desconstrução de preconceitos, tornando possível problematizar e ser problematizada em minhas pré-concepções e aprender com os ouvintes. Facilitar um grupo que nunca havia sido feito no CAPS trouxe por diversas vezes inseguranças e dúvidas, porém a partir das disponibilidades afetivas da convivência do *deixar ser, estar com e fazer junto* defendidos por Resende (2015) foi possível a criação de um vínculo muito forte criado entres eles que se estendeu a nós estagiários também.

Esse grupo especificamente mostrou a força terapêutica que um grupo pode proporcionar, e uma das ferramentas mais básicas que aprendemos lá no começo da graduação em psicologia, que é a **escuta**, tem um poder transformador. Estar realmente disponível para o outro, oferecendo esse espaço de troca e de escuta, tem uma potencialidade diferente principalmente nos serviços de saúde mental, é historicamente marcado pelo silenciamento dos sujeitos. Além disso, foi possível perceber a importância da rede de apoio e da ressocialização que é um dos princípios fundamentais do CAPS. O fato de se estar em grupo fez com que eles criassem uma rede de apoio entre eles e que confiassem uns nos outros, como foi possível perceber nos trechos analisados. Foi engrandecedor perceber que depois de um tempo os próprios frequentadores se acolhiam e acolhiam os recém-chegados, trocavam estratégias entre eles, quando alguém faltava na semana seguinte sempre o grupo perguntava o que havia acontecido. Enfim pequenas coisas que muitas vezes no cotidiano nos parecem banais tem outra proporção dentro de um serviço de saúde mental.

Outro ponto que se destacou foi perceber a importância de um serviço substitutivo como o CAPS. De fato o trabalho dentro do CAPS não é fácil, as demandas, o “sucateamento” do serviço e do SUS, o despreparo de alguns profissionais, a dificuldade de se trabalhar em equipe, tudo isso também faz parte da realidade do serviço. No meu caso, por já estar há 2 anos passando por diferentes CAPS, talvez em algum momento as coisas tenham se tornado “naturais” demais. Mas como já mencionei a posição de estagiária fez com que um novo CAPS se apresentasse pra mim de uma forma que resultou na minha real implicação no serviço. Acredito que o momento político também influenciou nessa valorização do CAPS, mas mais do que isso foi convivendo e ouvindo cada uma das histórias com que me deparei no serviço que a cada dia se tornou mais evidente a necessidade desse dispositivo. Trago aqui nesse sentido um relato que aconteceu dentro do grupo e que eu não esqueci, que me despertou profunda emoção:

“O CAPS é vida! A gente vem aqui pra buscar ajuda porque a gente quer viver! Mas a gente não quer viver amarrado, medicado, vagando por aí! A gente quer viver bem, feliz, trabalhando, cuidando da nossa família! É por isso que o CAPS é importante, porque aqui dentro tem vida, entende? Se o CAPS acabar, a gente acaba também porque o que vai sobrar vai ser manicômio e no manicômio a gente morre, nem sempre perde a vida, mas morre por dentro. Eu agradeço por isso aqui existir! O CAPS é vida e eu quero viver!” (DIÁRIO DE CAMPO, nº18).

Por fim, a convivência me permitiu um contato mais próximo não só com os ouvintes do grupo, mas com os frequentadores do CAPS de forma geral tornando

possível uma diversidade em relação a minha escuta e as histórias de vidas tão singulares que tive a oportunidade de entrar em contato. As disponibilidades criadas por Resende (2015) do *estar com, o deixar ser e o fazer junto*, apareceram das mais diversas formas durante a minha experiência no CAPS, foi através delas que pude perceber o potencial terapêutico da convivência e como a atividade permite que as pessoas que por tanto tempo foram silenciadas, excluídas e retiradas do convívio social, tenham a oportunidade de resgatar-se novamente como sujeito implicado no mundo. Nesse sentido, reconheço também a importância das dimensões ética, política e clínica defendidas por Resende (2015), para que o cuidador possa dar continuidade ao que se propõe a atenção em saúde mental. Nesse sentido, a reflexão que se deu a partir da análise da minha experiência em um CAPS, juntamente com a literatura, aponta para a potencialidade da convivência como estratégia de cuidado para ouvintes de vozes.

A convivência fora e dentro do grupo, a criação de vínculos e suporte, o compartilhamento de estratégias para lidar com as vozes, a noção de despatologização, contribui para o processo de recuperação dos ouvintes de vozes, e permite que se desenvolva um cuidado sob medida para cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como tema a convivência como estratégia de cuidado para ouvintes de vozes no campo da saúde mental, mais especificamente de um grupo de ouvintes de vozes dentro de um CAPS. A partir das análises e das vivências no cotidiano do CAPS, e da articulação com a literatura, pôde-se reconhecer que criar espaços que possibilitem a fala e a escuta respeitando as individualidades de cada frequentador, legitimando sua história de vida e permitindo expressar-se como quiser é uma forma de apostar em sua potencialidade sem agir de forma institucionalizante.

Conviver promove uma abertura a demandas que emergem do sujeito, que podem passar despercebidas quando não estamos realmente abertos a esse encontro com o outro. As dimensões ética e política se fazem fundamentais para que haja uma interlocução, entre frequentador e profissional. O presente trabalho defendeu que a convivência pode ser considerada uma estratégia de cuidado para ouvintes de vozes e que ela tem efeito terapêutico na vida do ouvinte. Conviver auxilia na quebra de estigmas e permite a criação de vínculos, o empoderamento e o resgate da autonomia. A convivência desenvolvida no grupo permitiu que se criassem redes de apoio entre os ouvintes, e como foi dito em vários momentos do grupo fez com que eles: *“não se sentissem mais sozinhos”*. Essa perspectiva da convivência muito se assemelha a ideia de Romme (1989) quando ele concluiu que criar grupos de ouvintes de vozes (promovendo uma convivência entre eles e o compartilhamento de experiências) teria um caráter terapêutico e contribuiria para o processo de recuperação do ouvinte.

Além disso a convivência possibilitou uma nova forma de cuidar. Promover uma convivência igualitária que oferece um espaço de expressão e que busca uma clínica que *se faz junto, estar com e deixa ser* potencializa o cuidado terapêutico dentro dos serviços de saúde mental. As pessoas estão sofrendo, mas oferecer uma clínica articulada com a política e a ética permite um cuidado que respeita a individualidade do sujeito, tornando a convivência possível entre iguais e diferentes.

É possível fazer um paralelo entre a convivência defendida por Resende (2015) e a nova forma de cuidado com ouvintes criada por Romme (1989), que resultou na Intervoice, e defendida por Baker (2009). Ambas buscam trazer o sujeito para o centro,

abandonado ideias que estigmatizem e reforcem preconceitos e afirmam que ser um usuário do serviço de saúde não deve culminar em rotulá-lo como doente ou louco. Além disso, ambas as teorias acreditam no potencial do sujeito e buscam promover a autonomia e emancipação e postulam que espaços como o do grupo de ouvidores e das atividades de convivência permitem falar *sobre* aquilo que se sente sem sentir-se julgado.

Por fim, vale a pena ressaltar que ainda existem poucas pesquisas no Brasil sobre ouvidores de vozes. De modo geral, a maioria das leituras que encontrei para teorizar meu texto eram em inglês e muitas vezes abordavam um contexto social muito diferente do que é encontrado nos serviços substitutivos em saúde mental no Brasil. A maioria das literaturas em português são traduções e quase todas as pesquisas tem em comum o fato de serem realizadas em grupos de ouvidores dentro de serviços de saúde mental, o que torna por vezes as pesquisas um pouco repetidas. Penso que poderiam ser realizadas pesquisas, por exemplo, em grupos de ouvidores de vozes que acontecem na comunidade, ou em institutos e ONGs. Acredito que as pesquisas são fundamentais para romper com a lógica biomédica que classifica as vozes, e que também pesquisar sobre o assunto pode ajudar os próprios profissionais de saúde a ressignificarem o que é um paciente ouvidor de voz e qual o melhor tipo de cuidado que é possível ofertar.

REFERÊNCIAS

Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, v. 10, 299-316.

Amarante, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Amarante, P. (2013). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** (4ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz

Amarante, P (2019). Entrevista sobre as mudanças na saúde mental. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=kZFZGZ01r5k> > Acesso em Março de 2019

Baker, Paul. **The voice inside. A practical guide for and about people who hear voices.** London: P&P Press, 2009.

Bizerril, José. **O Vínculo Etnográfico: Intersubjetividade e co-autoria na Pesquisa Qualitativa.** In: *Universitas Ciências da Saúde*, Brasília, v.2, n.2, p.153-163, julho/dezembro. 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. **Legislação em Saúde Mental.** 3ª ed. revista e atualizada, Série e Legislação de Saúde. (2015).

_____. **Manual de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial** 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: Março de 2019.

_____. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, seção 1, p. 59. Ministério da Saúde, 2013

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>.

Calligares, C (1948). – **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. 2ª edição. São Paulo: Zagodoni, 2013.

Campos, R. O. & Gama, C. A. P. (2006). **Saúde Mental e saúde coletiva**. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Delgado, Paulo **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil**. Em: TUNDIS & COSTA (orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

Demo, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1988. Coleção polêmicas do nosso tempo, 1941.

_____. **Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos**. 3ª edição. São Paulo: Papirus, 2006.

_____. **Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível**. Petrópolis, Vozes, 2005.

Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

Escher, S., & Romme, M. (2011). The hearing voices movement. In: Blom, J.D, & Sommer, I.E.C. Hallucinations: research and practice. New York: Springer.

Escher, S. (2009). **Making sense of voices: the relationship between the voices and the life history**. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. Living with voices: 50 stories of recovery. Birmingham City University: PCCS Books.

Fernandes, H. (2017). **Escutar Vozes: Da Qualificação da Experiência ao Cuidado na Clínica em Saúde Mental.** (Tese de Mestrado).

Freud, S. (2010). **Interpretação dos sonhos.** Tradução de Walderedo Ismael de Oliveira. 1. ed. São Paulo: Folha de São Paulo. (Originalmente publicado em 1900)

Fulford, K. W. M. **Experiência espiritual e psicopatologia.** In: Fulfor, K. W. M. (Ed.). *Experiência Espiritual e Psicopatologia.* Brasília: Universa. 2003, p. 9-57, Série Texto Didático - Psicologia, número 06.

Goulart, D. M. (2017). **Educação, Saúde Mental e Desenvolvimento Subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito.** (Tese de Doutorado).

_____. **Institucionalização, Subjetividade e Desenvolvimento Humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental.** (Dissertação de Mestrado), 2013.

Godoy, A. S.(2005). **Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa.** *GESTÃO.Org - Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*

Guimarães, Thessa; Jardim, Raoni. Apontamentos sobre o horizonte crítico do Psicanálise na Rua. **Teoría y Crítica de la Psicología 12 (2019), 315–339.**

Intervoice Brasil (2017). **Manual de como montar um grupo de ouvidores de vozes.** São Paulo, Brasil.

Jaspers, K. (1973). **Psicopatologia geral.** Rio de Janeiro: Atheneu. (Obra original publicada em 1913).

Jaynes, J. (2000). **The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind.** Mariner Books: Houghton Mifflin.

Kinoshita, Roberto (2009). **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois.** Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009

Lira, G. V. Catrib, A. M. F.; Nations, M. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método.** Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/333/2035> RBPS 2003; 16 (1/2) : 59-66. Acesso em : jun 2019

Lobosque, A. M. (2001). **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M. (2003). **Clínica em Movimento: Por uma Sociedade sem Manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond.

Longden, E., Corstons, D., & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: the work of Intervoice and the hearing voices movement. In: Coles, S, Keenan, S., & Diamond, B. *Madness contested: power and practice*. Ross-on-wye: PCCS Books.

Machado, D. R. **Uma experiência de empoderamento: uma narrativa**. 2014. (Monografia)

Merhy, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. 2004.

Moré, C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada” no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. 2015 (Tese de Mestrado).

Nasio, J.D. (1997). **A alucinação e outros estudos lacanianos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Oliveira, F. G. V. C; Carvalho, M. A. P G. **A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família**.

Resende, T. I. M. (2015). **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. (Tese de Doutorado). Retirado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21117>

Rocha FL, Hara C, Paprocki J. **Doença mental e estigma**. Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2015

Rodrigues. V, B. (2016). **Efeitos terapêuticos de mediadores no campo da saúde mental**. (Monografia).

Romme M, Escher S. **Na companhia das vozes: para uma análise da experiência de ouvir vozes**. Lisboa: Editorial Estampa; 1997.

Romme, M., & Escher, A.D. (1989). **Hearing voices**. Schizophr Bull, 15, 209–216.

Rotelli, F.; Leonardis, Ota de; Muri, D. **Desinstitucionalização**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Tenório, F. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Thompson, J. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

Trivinõs, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: atlas, 1987.

Vasconcelos, E. M. (2003). **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus.

Vasconcelos, Eduardo e outros. (org.). **Reiventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArt – Hucitec, 2006.

Woods, A. (2013). **The voice-hearer**. *Journal of Mental Health*, 22(3), 263-270.

Zgiet, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2010.

